
A 3 9015 00382 727 9
University of Michigan – BUHR


1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY
OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE



ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT

FÜR

PSYCHIATRIE

UND

PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BONHOEFFER BERLIN **v. GRASHEY** MÜNCHEN **KREUSER** WINNENTAL **PELMAN** BONN **SCHÜLE** ILLENAU

DURCH

HANS LAEHR
SCHWEIZERHOF

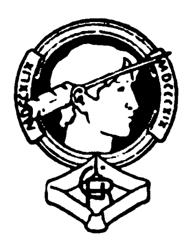
EINUNDSIEBZIGSTER BAND

NEBST EINEM BERICHT

ÜBER DIE PSYCHIATRISCHE LITERATUR IM JAHRE 1913

REDIGIERT VON

O. SNELL
LÜNEBURG



BERLIN

DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER

1914

Inhalt.

Erstes Heft.

Originalien.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Kleinere Mitteilungen.

Zweites Heft.

Originalien.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.





Kleinere Mitteilungen.

Drittes Heft.

Originalien.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Kleinere Mitteilungen.



Viertes und fünftes Heft.

Originalien.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.





Kleinere Mitteilungen.

Sechstes Heft.

Originalien.



Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Kleinere Mitteilungen.



Über Geistesstörungen im höheren Lebensalter und ihre Genesungsaussichten.[1])

Von

Medizinalrat Dr. **Kreuser.**

Den Jahrhunderterinnerungen an die Deutschen Befreiungskriege hat auch die Psychiatrie eine nicht unwichtige Lehre zu entnehmen. Der volkstümlichste Held jener Kämpfe, Fürst Blücher von Wahlstatt, der schon während des 7 jährigen Krieges in das preußische Heer eingetreten war und seither sich als einer seiner tüchtigsten Offiziere hervorgetan hatte, der auch im Unglück Mut und Kopf nie verloren, vielmehr als einer der eifrigsten Vaterlandsfreunde an den Vorbereitungen zur Erhebung gegen das Napoleonsche Joch den regsten Anteil genommen hatte, hat seine weltgeschichtlichen Erfolge an der Spitze der Schlesischen Armee in den Feldzügen 1813—1815 errungen als ein Greis von mehr als 70 Jahren, nachdem er wenige Jahre zuvor noch eine schwere Geisteskrankheit überstanden hatte.

Diese gewiß nicht nur für den Irrenarzt bemerkenswerte Tatsache pflegt in der Geschichte jener Zeit fast ganz hinter den großen Ereignissen zu verschwinden. Auch in der Schilderung von Blüchers persönlichen Geschicken ist sie früher mit kurzen Bemerkungen über seine zeitweise Kränklichkeit abgetan worden[1]. Etwas ausführlichere Schilderungen über die Krankheit hat nur *Boyen*[2] seinen Erinnerungen eingeflochten. Zusammenhängende Nachrichten über Blüchers Gesundheitsverhältnisse verdankt man erst seinem Leibarzte *Bieske*[3]. In neueren Biographien[4] haben sie angemessene Verwertung gefunden.

---

[1]) Nach einem Vortrage bei der Versammlung württembergischer Nerven- und Irrenärzte in Winnental am 28. Juni 1913.




Boyen schreibt: „Diese praktische Tüchtigkeit des alten Blücher wird darum noch bemerkenswerther, da er soeben von einer lebensgefährlichen Krankheit genesen war. Sein starker Körper, durch mannigfache Genüsse sehr zerstört, hatte in Vereinigung mit dem Kummer, den er über den Gang der Begebenheit empfand, endlich sehr bedenklichen Übeln erlegen. In dem Winter 1810/11 zeigten sich entschiedene Spuren von Geistesabwesenheit, und er glaubte buchstäblich, als Strafe für seine Sünden mit einem Elephanten schwanger zu sein. Diese irrigen Vorstellungen wechselten hin und wieder mit anderen ähnlicher Art und wurden dann wieder durch ganz lichte Augenblicke unterbrochen; eine Zeit glaubte er, daß von Frankreich aus seine Bedienten bestochen wären und ihm nun die Fußböden seiner Zimmer so heitzten, daß er sich die Füße verbrennen solle, so daß er entweder nur mit aufgehobenen Beinen sitzen könne oder auf den Zehenspitzen herumspringen müsse. Noch eine seiner Verirrungen glaube ich hier anführen zu müssen, weil es mir scheint, daß auch selbst in diesem Spiel des Wahnsinns der außerordentliche persönliche Muth Blücher's bemerkenswerth hervortritt. In der früheren Rheinkampagne gegen die Franzosen hatte ein Offizier des Husarenregiments, welches Blücher dermalen befehligte, seine Dienstpflicht auf eine sehr grobe Art vernachlässigt. Blücher hatte dies angezeigt, und durch ein Kriegsrecht war jener Offizier zur Kassation und mehrjähriger Festungshaft ganz ordnungmäßig verurtheilt. In der gegenwärtigen Krankheit hatte die Umgebung des Generals öfters bemerkt, daß er mit dem Ausbruche heftigen Zornes den Namen jenes ehemaligen Offiziers zwischen den Zähnen murmelte. Eine Nacht nun, als Blücher kurz vorher eingeschlafen schien, hörten seine Leute auf einmal einen ungewöhnlichen Lärm in der Schlafstube des Generals; sie stürzten herein und fanden den alten Blücher, der mit Anstrengung seiner letzten Kräfte wohlgemuth einen Faustkampf gegen die Wand führte. Er hatte nemlich plötzlich die Idee bekommen, daß jener Offizier ihn mit Waffen wohl versehen überfallen wolle, dazu in gehöriger Positur an der Mauer stünde, und nun rief Blücher: Das ist heimtückisch, denn Sie wissen, daß meine verkauften Bedienten mir alle Waffen weggenommen haben, aber deswegen stehe ich Ihnen doch mit den Fäusten zu Dienst.

Nachdem die Krankheit in der Art mehrere Monate getobt hatte, und der beinahe 70 Jahre alte Körper so ermattet war, daß man jeden Augenblick das Erlöschen des Lebens besorgen mußte, fingen nach und nach die irrigen Ideen an, sich zu verlieren, der Geist wurde freier, und in demselben Verhältnis nahm auch der Körper überraschend an Kräften zu. — Mir ist dabei noch folgende Äußerung von Scharnhorst sehr lebhaft in Erinnerung geblieben. Als wir die ersten Nachrichten von Blücher's anfangender Genesung bekamen, äußerte ich meine Besorgnis, daß bei der unangenehmen Richtung der überstandenen Krankheit und dem vorgerückten Alter er doch wahrscheinlich für den Dienst verloren sein



würde. Da sagte mir Scharnhorst: Das ist eine ganz besondere Natur; er wird sich schon erholen; er ist der einzige, der die Armee kommandieren kann. Auch hatte er sich wirklich sehr gut erholt, denn im Sommer 1811, als ihm der Befehl bei Kolberg übertragen wurde, war er vollständig wieder seinem Auftrage gewachsen und äußerte nur in jedem Briefe, den ich dermalen beinahe posttäglich von ihm erhielt, seinen Ärger, daß die Kriegsanstalten nicht verdoppelt würden."

Zeitlich nur scheint sich Boyen etwas geirrt zu haben; inhaltlich werden seine Erzählungen aus zuständiger ärztlicher Quelle bestätigt. Der Ausbruch der Krankheit aber fällt nach dieser in den Sommer 1808, also in Blüchers 66. Lebensjahr. Vorboten waren ihr schon 1804 vorausgegangen gewesen. Wohl infolge „des Alters, der Fatiguen und des nicht allezeit beobachteten ordentlichen Lebenswandels" hatte er, damals Gouverneur der westfälischen Lande, über „grausam anhaltende Schmerzen am Kopf und besonders an beiden Ohren" zu klagen gehabt. Schon hatte er an einen „vernünftigen Zurückzug" gedacht, als er sich durch die preußischen Rüstungen 1805 wieder „neubelebt und verjüngt" fühlte. In dem darauffolgenden Unglücksjahr war er der preußische Truppenführer gewesen, der über der Katastrophe von Jena und Auerstädt die Fassung am wenigsten verloren hat. Durch einen meisterhaft geführten Rückzug seines Korps auf Lübeck hat er es verstanden, dem Gegner die Ausnützung seines Sieges wesentlich zu erschweren. Für schonungsbedürftig ist er nur in dem Sinne angesehen worden, daß 1807 der König von Schweden ihm „mit Rücksicht auf seine Krankheit" die unselige Botschaft vom Abschluß eines Waffenstillstandes zwei Tage lang nicht mitzuteilen gewagt hat. Auch fand ihn im Herbst jenes Jahres der Freiherr vom Stein „gealtert und ohne seine frühere Fröhlichkeit".

Doch erst im Laufe des Jahres 1808 erfuhr Blücher, durch Preußens verzweifelte Lage bedrückt und zur Untätigkeit verdammt, ganz allmählich eine „Verschlimmerung des Unterleibsleidens, zu welchem er von Kindheit auf die Anlage gehabt hatte. Eine tiefe Hypochondrie stellte sich ein; seine Laune war manchmal ganz unerträglich". Nach vorübergehender Besserung steigerte sich das Übel im Herbst zu bedrohlicher Höhe, so daß er zum Skelett abmagerte, und daß er sich auch selbst mit Todesgedanken trug. Für die ungenügende Nahrungsaufnahme suchte er Ersatz fast nur in starkem Kaffee. Bei hartnäckiger Schlaflosigkeit und ruhelosen Nächten glaubte seine erregte Einbildungskraft bisweilen Erscheinungen zu sehen: ein längst verstorbener Offizier sollte ihm mit dem Finger gedroht, sein verstorbenes Kind das Händchen entgegengestreckt haben. Er verlangte, daß man ihm mit einem Hammer auf seinen versteinerten Kopf schlage, wähnte, etwas Lebendiges im Leibe zu haben u. dgl. m. Auch die politischen Angelegenheiten spielten in diese Gedankengänge herein. — Zwischendurch hatte er bessere Zeiten; sobald er sich erleichtert fühlte, konnte er scherzen und sich um die Ge-



schäfte kümmern. Aber erst nach neunmonatiger Dauer trat im Frühjahr 1909 entschiedene Besserung ein. Kräfte und Stimmung hoben sich rasch wieder, der Geist gewann seine vormalige Frische zurück. Im April konnte er schreiben, daß er „wieder unbeschreiblich froh" lebe.

Während der folgenden Jahre beherrschten ihn wie alle Vaterlandsfreunde Mißstimmung und Mißtrauen gegen die Franzosen; zuversichtlicher als die meisten sah aber Blücher einem Ende der Napoleonschen Herrschaft entgegen. Stets bereit zum Widerstand gegen dieselbe sah er sich wiederholt veranlaßt, sich dagegen zu verwahren, daß man ihm seinen Eifer etwa als Irrsinn auslege, oder daß man ihm die frühere Tatkraft nicht mehr zutraue. Immer wieder versichert er, daß er sich gesund fühle „wie ein Fisch", „wie vor 40 Jahren". Trug er sich bisweilen mit Abschiedsgedanken, so war dies nur in der Hoffnung, in fremdem Dienste vielleicht gegen die Feinde seines Vaterlandes zu Feld ziehen zu können. — Gedrückter und reizbarer war er nur wieder nach den französischen Erfolgen im Jahre 1809. Gelassen aber fügte er sich in seine 1811 von Napoleon verlangte Dienstentlassung, und wenn er jene Zeit die „schrecklichste seines Lebens" nannte, so stand er mit solchen Gefühlen nichts weniger als allein.

Nach dem Scheitern von Napoleons russischem Feldzug Feuer und Flamme für die Erhebung, war er alsbald auch der Mann des allgemeinen Vertrauens. Wohl erhoben sich in einflußreichen Kreisen Bedenken gegen den „invaliden Greis, in dessen Kopfe es nicht allemal richtig gewesen sei", gegen den „verzweifelten Spieler und unbesonnenen husarischen Tollkopf"; siegreich blieb aber Scharnhorsts Überzeugung, daß nur Blücher die Armee führen könne, und wenn er ihr in der Sänfte nachgetragen werden müßte.

Fast hätte es dazu kommen können. Inmitten der Rüstungen ist er von einem „Fieber" befallen worden, das ihn verhinderte, sein Korps vor dem Ausmarsch im März 1813 zu besichtigen, und während der ersten Gefechte im April ist ihm das „verdammte Fieber" nochmals in die Quere gekommen. Je ernster aber die Kriegslage wurde, desto gefestigter erschien seine Gesundheit. Trotz dreifacher Verwundung bei Großgörschen war er es, der auf dem Rückzug die Truppen durch persönlichen Zuspruch bei gutem Mute zu erhalten wußte. Erst die außerordentlichen Strapazen bei Verfolgung des an der Katzbach geschlagenen Feindes brachten ihm für einige Tage Störungen des Befindens, ohne doch seine Tätigkeit zu hemmen. Den ganzen Herbst- und Winterfeldzug hindurch ist er den äußersten Anforderungen im Kampfe wie in der Entsagung gewachsen geblieben, war er die treibende Kraft mit besonnenstem Willen zum Siege.

Im März 1814 während der Kämpfe um Laon ist erstmals wieder ein bedenklicher Rückfall der Krankheit eingetreten. Er hat dem Generalstab Rücksichten auferlegt, durch die eine abschließende Niederwerfung Napoleons nochmals hinausgeschoben worden ist. Vom 8. März an fiebernd

und anscheinend recht unwohl, blieb Blücher für mehrere Tage ans Bett gefesselt und ganz unzugänglich, so daß die entscheidenden Befehle nicht von ihm zu erlangen waren. Vom 18. an erst konnte er im Krankenwagen seinen Truppen folgen. Dem Einzuge der siegreichen Truppen in Paris am 31. März mußte er auf ärztliches Geheiß fernbleiben. Tags darauf ist er in aller Stille nachgefolgt, um am 2. April in der französischen Hauptstadt sein Kommando niederzulegen. Durch neue Stauungen in den Verdauungsorganen verschlimmerte sich sein Zustand. Schwere Hypochondrie und beängstigende Vorstellungen quälten ihn. Nach 3 Wochen konnte er an die Heimreise denken; doch rascher, als man gedacht hatte, erholte er sich so weit, daß er, dem Wunsche des Königs entsprechend, diesen nach London begleiten konnte. Über den begeisterten Huldigungen, die ihm dort zuteil wurden, fürchtete er selbst, noch verrückt zu werden.

Seine ernstlichen Absichten, sich jetzt zurückzuziehen, sind durch Napoleons Rückkehr von Elba 1815 durchkreuzt worden. Wieder an die Spitze des Heeres berufen, ist ihm der Entschluß, dem Wunsche seines Königs Folge zu leisten, recht schwer geworden. War doch eben um jene Zeit sein ältester Sohn, der sich bereits als tüchtiger Offizier hervorgetan hatte, im Alter von 36 Jahren schwerer Gemütskrankheit verfallen, von der er sich nicht wieder erholen sollte. Dem greisen Feldherrn war dieses Geschick seines Sohnes außerordentlich nahegegangen. Auf der Reise nach den Niederlanden brachten ihn nächtliche Erscheinungen zum Glauben, der Sohn sei gestorben, und als ein Zeichen gemütlichen Angegriffenseins ist es wohl aufzufassen, wenn er „sich vor Angst kaum zu fassen wußte", als er gegen eine Meuterei sächsischer Truppen mit rücksichtsloser Strenge vorgehen mußte.

Um so höher sind die Entschlossenheit und die ausdauernde Tatkraft zu bewerten, die Blücher in den Schlachten bei Ligny und Belle-Alliance an den Tag gelegt hat. Seinem persönlichen Eingreifen ist die rasche Entscheidung und Beendigung des neuen Krieges zu danken. Rastlos ist er dem fliehenden Feinde auf den Fersen geblieben, bis er am Abend des 20. Juni mit zitternder Hand nur noch wenige Worte zu schreiben vermochte. Auch in die nachfolgenden Verhandlungen hat er so einzugreifen gewußt, daß die Federn nicht allzuviel zu verderben vermochten an dem durch das Schwert Errungenen. Umsichtig und standhaft ist er für sein Vaterland und für seine Soldaten eingetreten. Standhaft war er auch im Ertragen von körperlichen Schmerzen, als er sich zu Paris eine Schulterverrenkung zugezogen hatte: über der Einrenkung hat er die Pfeife nicht von den Lippen gebracht.

Am 20. November von der Armee abgegangen, ist er auf der Heimreise vom alten Leiden wieder befallen worden: Unterleibstörungen und ein fieberhafter Zustand wie im März 1814 werden berichtet. Hypochondrie und zuzeiten allerlei Einbildungen quälten ihn: Im Feuer einer Feldschmiede sah er einen längst verstorbenen Freund; das Zerspringen



der Tapete im überheizten Zimmer klang ihm wie Geschütz- und Gewehrfeuer, durch das ihn seine gefallenen Kameraden zum Einmarsch in die andere Welt aufforderten. Durch die Bäder in Aachen beruhigt und gestärkt, konnte er nach 14 tägiger Rast die Reise fortsetzen.

Auch für den Rest seines Lebens ist Blücher von Rückfällen seiner Krankheit nicht verschont geblieben. Sich selbst und seine Umgebung hat er immer wieder mit „Grillen der Hypochondrie" geplagt. So besonders im März 1816; eine Kur in Karlsbad brachte wesentliche Besserung, so daß sie fortan alljährlich wiederholt wurde. Trotz dieser Leiden ist er aber geistig und gesellig sehr regsam geblieben. Seinen persönlichen, wie den öffentlichen Angelegenheiten hat er fortlaufend volle Aufmerksamkeit geschenkt. Nicht selten ist er als wirkungsvoller Gelegenheitsredner aufgetreten. Über Heeresangelegenheiten hat er wiederholt noch in schriftlichen Ausführungen ein ebenso klares als bestimmtes Urteil abgegeben. Wohl hat er immer wieder geklagt über die Elendigkeit seines Befindens; noch 1818 aber hat ihn Gentz „eigentlich gar nicht so krank gefunden, als der alte Haudegen vorgebe oder besser sich einbilde". Seine Erinnerungen nur an die einzelnen Szenen des gewaltigen Dramas, worin er selbst eine so bedeutende Rolle gespielt hatte, konnten hie und da durcheinandergeraten. Sonstige Erscheinungen einer geistigen Abnahme sind nicht hinzugekommen. — Im August 1819 wiederholte sich nochmals das alte Übel. Jetzt hat er alle Nahrungs- und Arzneimittel entschieden zurückgewiesen; er wolle in Ruhe sterben. Noch hat er angesichts des Todes den Besuch seines Königs bei vollem Bewußtsein empfangen. Wenige Tage später am 12. September 1819 ist er gestorben.

Eine Geisteskrankheit mit Erscheinungen, wie sie in Blüchers 66. Lebensjahre aufgetreten ist, durfte gewiß zu den ernsten Bedenken Anlaß geben, wie sie nach Boyens Berichten über die Felddiensttüchtigkeit des greisen Generals damals gehegt worden sind. Scharnhorsts bessere Zuversicht hat sich trotzdem glänzend bewahrheitet. Vier Jahre nach der Wiederherstellung von $3/4$ jähriger Krankheit hat Blücher eine weltgeschichtliche Rolle zu übernehmen vermocht. Er hat sie so durchgeführt, daß durch seine Taten nicht nur seine bisherigen Leistungen in den Schatten gestellt, daß auch zaghaftere Naturen zum Siege mit fortgerissen worden sind. Blücher war es, der den Ausschlag gegeben hat für den Erfolg der ganzen deutschen Befreiungskämpfe. Und all das hat er geleistet nicht nur nach überstandener Geisteskrankheit, sondern auch trotz wiederholter Rückfälle, von denen die ersten noch in die Kriegsjahre fallen, die späteren ihm allerdings nur noch die wohlverdiente Ruhe vergällt haben. Sie haben sich bis ins 77. Lebensjahr immer wieder eingestellt;

einen Zerfall seiner geistigen Persönlichkeit haben sie offenbar nicht zu bewirken vermocht.

Einen solchen Zerfall befürchten aber bei geistigen Störungen des höheren Lebensalters nicht nur volkstümliche Anschauungen, sondern auch die Lehren der psychiatrischen Wissenschaft. Konnte Scharnhorst sich über solche Erfahrungen mit dem Worte von Blüchers „besonderer Natur" hinwegsetzen, so erwächst einer klinischen Disziplin aus besonderen Fällen die Aufgabe, allgemeine Erfahrungssätze auf ihre Stichhaltigkeit hin erneut zu prüfen.

Versuche hierzu haben zunächst mit der Schwierigkeit einer Abgrenzung der Altersabschnitte zu kämpfen. Leben doch die einzelnen Personen sehr verschieden rasch und sind die Übergänge zwischen den Lebensaltern so fließende, daß jede Einsetzung bestimmter Zahlen notwendig etwas Willkürliches an sich trägt. Zudem hatte, wie *Kraepelin* [5] sich ausdrückt, die symptomatische Auffassungsweise der Geisteskrankheiten kaum Anlaß zu gesonderter Betrachtung der Geistesstörungen im höheren Lebensalter, da sich ihre Zustandsbilder meist ohne größere Schwierigkeiten in die landläufigen Gruppen einreihen ließen. In *Kraepelins* klinischen Anschauungen wird das Lebensalter bei Einteilung in verschiedene Krankheitsformen wesentlich mehr bewertet. Die „Dementia praecox" hat als Jugendirresein ein fast uferloses Feld erhalten und die „Dementia senilis" ist durch Angliederung von präsenilen Geistesstörungen beträchtlich erweitert worden. Freilich auch diese Krankheitsformen haben keine scharfen Grenzen nach Jahren; sie greifen auf das mittlere Lebensalter fast bis zur Berührung über. Sie berühren sich aber auch darin, daß beiden, wenn schon in besonderer Weise, eine Neigung zu eigenartiger Verblödung zukommt.

Sieht man mit *Kraepelin* die Endzustände der Geisteskrankheiten als besonders maßgeblich für ihre klinische Stellung an, so muß ja wohl die geistige Abnahme, von der im Greisenalter nur wenige Personen verschont bleiben, und die bei manchen zu schwerem Altersblödsinn führt, als ein Ziel angesehen werden, dem die Geisteskrankheiten jenseits der Vollkraft des Lebens alle mehr oder weniger rasch zutreiben müssen, wenn nicht ein mitleidiger Tod ihre Träger vor einem solchen Endzustande bewahrt. Ohne Rücksicht auf die Zustandsbilder muß denn von einer gewissen Altersstufe an die drohende



Verblödung der Krankheit den Stempel aufdrücken, wenn nicht ausnahmweise einmal eine andere Ursache zuvor schon den Verlauf bestimmt hat. Die Anzeichen des Endzustands, des Altersblödsinns möglichst frühzeitig zu erkennen, muß Hauptaufgabe der klinischen Untersuchung und Diagnostik werden. Gewisse Rückbildungsvorgänge werden aber im menschlichen Leben schon lange vor dem eigentlichen Greisenalter bemerklich; auch sie einzubeziehen in das Kapitel der regressiven Störungen erscheint darum nur folgerichtig; heben sich doch die präsenilen Vorgänge von den senilen so wenig scharf ab wie irgendwelche andere aufeinanderfolgende Lebensabschnitte. — *Gaupp* [6] rechnet denn auch das höhere Lebensalter vom 45. Jahre an, um so für statistische Berechnungen festen Boden zu gewinnen. Dabei anerkennt er die Willkürlichkeit jeder solchen Grenzbestimmung und gibt zu, daß das nahende Alter vielfach nur das Auftreten von Krankheiten begünstige, die auch auf früherer Altersstufe vorkommen. Betont er auch, daß die Psychosen dieses höheren Lebensalters nicht unbedingt zur Verblödung führen müssen, so beurteilt er ihre Genesungsaussichten doch vorwiegend ungünstig.

Unstreitig ergibt sich für alle Veränderungen des Geisteslebens vom Beginn der Rückbildungsvorgänge bis zur äußersten Stufe des Greisenalters eine gewisse Gemeinsamkeit der Gesichtspunkte. Nach vollendetem Wachstum und nach einem verschieden langen Zeitraum, während dessen die Stoffwechselvorgänge mühelos vollwertigen Ersatz für allen Verbrauch durch körperliche und geistige Leistungen geliefert hatten unter Erhaltung eines angemessenen Gleichgewichtszustands, muß früher oder später der Wendepunkt erreicht werden, von dem an dieser Ersatz mit den Abbauvorgängen nicht so leicht mehr Schritt halten kann, von dem an das Altern einsetzt. Es schwinden nicht nur Schönheit und Gestalt, auch der Geist geht mehr oder weniger fühlbar zurück: seine Tätigkeit wird erschwert, steht nicht mehr wie einst in jederzeitiger Bereitschaft. Würde diese unausbleibliche Veränderung in den Lebensvorgängen, nachdem sie einmal begonnen hat, den ganzen Organismus gleichmäßig befallen und unaufhaltsam weiterschreiten, so würde sich daraus eine stets wachsende Summe von Ausfall an Leistungen ergeben, die auf geistigem Gebiete früher oder später zum einfachen, aber schließlich schwersten Altersblödsinn führen müßte. In Wirklichkeit trifft dies nur bei einer beschränkten



Anzahl von Personen zu; in der Regel vermag sich vielmehr der Organismus den veränderten Lebensvorgängen so anzupassen, daß trotz gewisser Alterserscheinungen die körperliche und die geistige Leistungsfähigkeit recht gut erhalten bleiben kann. Die reicheren Erfahrungen und weise Bedächtigkeit des Alters bilden nach mancher Richtung hin mehr als Ersatz für die Einbuße an der Empfänglichkeit und Beweglichkeit, wie sie die Jugend ausgezeichnet hatten. Wie dieser Ausgleich sich vollzieht, mag dahingestellt bleiben. Für das Verständnis der psychischen Störungen des höheren Lebensalters ist es aber wichtig, noch darauf hinzuweisen, daß der Schwund von funktionstüchtigen Organbestandteilen sehr häufig in Schüben erfolgt, und daß auf der Stufenleiter der Abbauvorgänge sich nicht selten Haltepunkte finden, auf denen ein längeres Verweilen möglich ist. In Verbindung mit der Anpassung an die Abbauvorgänge ergeben sich daraus zeitweilige Besserungen auch im Verlaufe der einfachen Altersabnahme. Ihrer Natur nach muß diese nichtsdestoweniger unaufhaltsam zu dem Endzustande des Altersblödsinns führen.

Von dieser einfachen Altersabnahme sind Erkrankungen zu unterscheiden, die man sich entstanden denken kann aus einem irgendwie gestörten Verlauf der Abbauvorgänge. Kommt es dabei zu einer Dysfunktion im Sinne *Abderhaldens*, so müssen Abbauprodukte alternder Organe ins Blut gelangen, die nachteilig zurückwirken können auf andere Lebensvorgänge, insbesondere auf solche des Zentralnervensystems. Sind die Anschauungen *Abderhaldens* irgendwie zutreffend, so müssen sie sich auf dem Gebiete psychischer Altersvorgänge bewahrheiten, d. h. in demjenigen Lebensabschnitte, der ein Überwiegen von Abbauvorgängen und damit eine Änderung der geistigen Persönlichkeit notwendig mit sich bringt. Dysfunktionen wird man aber nicht etwa mit fortschreitenden Jahren in zunehmendem Maße zu erwarten haben, sie werden sich vielmehr zumeist im Übergangsstadium von der Vollkraft zur Altersabnahme geltend machen, d. h. bis der Gesamtstoffwechsel vielleicht unter der Mitwirkung von Schutzfermenten auf das veränderte Verhältnis von Aufbau und Abbau sich eingestellt hat. Für diesen Lebensabschnitt wird man ebensowohl mit vorübergehenden als mit dauernden psychischen Störungen zu rechnen haben, je nachdem es sich um Vorgänge handelt, die durch Anpassung überwunden werden können, oder um solche, die eine

dauernd veränderte Funktion nach sich ziehen; bei besonders schwer gestörtem Verhältnis kann es auch zu Erkrankungen kommen, durch welche das Leben unmittelbar bedroht werden kann. Die aus der Dysfunktion erwachsenden psychotischen Gesundheitsstörungen können sich endlich in verschiedener Weise vermengen mit den Erscheinungen der Altersabnahme, wie eine Schädigung der geistigen Persönlichkeit auch aus den psychotischen Störungen hervorgehen kann, die nicht zur Ausheilung gelangen. — Theoretisch haben wir also von psychischen Störungen im höheren Lebensalter zu erwarten 1. einfache Altersabnahme bis zum Altersblödsinn; 2. psychotische Störungen aus Dysfunktionen, und zwar a) akute (vorzugweise affektive) und b) chronische (paranoische). Hierzu kommt eine dritte Gruppe von psychischen Störungen, die ihrer Natur und der Regel nach nicht in den Altersvorgängen wurzeln, aber ausnahmweise einmal auf dieser Altersstufe verspätet sich einstellen. Scharfe Grenzen zwischen diesen Gruppen sind nicht zu erwarten; das Vorkommen von Mischformen liegt vielmehr in der Natur der Sache.

Kommen diese Gesichtspunkte für die Auffassung aller geistigen Störungen vom Einsetzen der Rückbildungsvorgänge an in Betracht, so pflegen unzweideutige Alterserscheinungen doch kaum vor Beginn des 7. Lebensjahrzehnts so zu überwiegen, daß sie als maßgeblich für den ganzen Lebensabschnitt zu gelten hätten. Bis dahin, im Präsenium, hat man es mit der Übergangsperiode zu tun, in welche die Altersvorgänge wohl ihre Schatten vorauswerfen, ohne doch die ganze Persönlichkeit zu beherrschen. In den betreffenden Jahren werden wohl Erkrankungen, wie sie aus der Dysfunktion alternder Organe hervorgehen, verhältnismäßig häufig sein; von geistigen Störungen im höheren Lebensalter ist doch wohl erst dann zu sprechen, wenn das gefährliche Übergangsalter in der Hauptsache überwunden und die Abnahme unverkennbar geworden ist. Auf den Lebensabschnitt vom 60. Lebensjahre an mußten sich die nachfolgenden Untersuchungen aber auch darum beschränken, damit für den besonderen Fall, der dazu Anlaß gegeben hat, der angemessene Vergleichsstoff sich darbiete.

Während der 33 Jahre, deren Erfahrungen und Krankheitsgeschichten mir zur Verfügung stehen, sind an der hiesigen Anstalt 122 männliche und 174 weibliche Geisteskranke nach zurückgelegtem



60. Lebensjahre zu erstmaliger Aufnahme gekommen. Bei den Männern sind das 4,88, bei den Frauen 7,95% der Gesamtaufnahmen. Auf die verschiedenen Stufen des Greisenalters verteilen sich die Fälle so, daß zwischen

	60 und 65		65 und 70		70 und 75		75 und 80		80 und darüber		
	59 M.	79 Fr.	36 M.	53 Fr.	15 M.	33 Fr.	8 M.	6 Fr.	4 M.	3 Fr.	-
oder	2,36	3,59	1,44	2,41	0,60	1,54	0,32	0,27	0,16	0,14	%

der Gesamtaufnahme standen.

Die Aufnahmehäufigkeit sinkt also mit fortschreitendem Alter, ein Verhältnis, das auch bleibt, wenn diese Aufnahmen zur gleichaltrigen Bevölkerung des Landes in Beziehung gebracht werden. Es kommen dann auf je 10 000 Köpfe der Altersstufe von

	60 bis 65		65 bis 70		70 und darüber;		zusammen	
an Aufnahmen:	20,0 M.	23,1 Fr.	15,4 M.	19,0 Fr.	9,4 M.	12,6 Fr.	44,8 M.	54,7 Fr.

Das anfängliche Überwiegen des weiblichen Geschlechts verkehrt sich vom 75. Jahre an in eine geringe Mehrheit auf seiten der Männer, worauf jedoch bei der Kleinheit der Zahlen für das hohe Greisenalter besonderer Wert kaum zu legen sein wird.

Von diesen Kranken kamen zur Entlassung als:

genesen		gebessert		ungeheilt		gestorben		stehen noch in Anstaltspflege		
11 M.	19 Fr.	29 M.	40 Fr.	25 M.	36 Fr.	46 M.	62 Fr.	12 M.	17 Fr.	=
9,0	10,9	23,5	23,0	20,3	20,7	37,4	35,6	9,7	9,7	%

Bemerkenswert ist die nahe Übereinstimmung der Verhältnis zahlen bei den beiden Geschlechtern. Die günstigeren Genesungsverhältnisse und die etwas niedrigere Sterblichkeit auf der weiblichen Seite erklärten sich wohl vorzugweise aus den „verspäteten" Psychosen, so daß die Gleichheit des Verlaufs der eigentlichen Alterserkrankungen noch auffallender hervortritt.

Daß die Sterblichkeit bei Erkrankungen, die im Greisenalter erst ausbrechen, eine recht namhafte sein werde, ließ sich nicht wohl anders erwarten; ja, man mag sich vielleicht wundern, daß sie nicht noch höhere Zahlen aufzuweisen hat. Finden doch gerade von diesen Kranken nicht wenige mit ihrer erstmaligen Aufnahme in der Anstalt zugleich eine Zufluchtstätte für den Rest ihres Lebens, der innerhalb



eines Menschenalters bei sehr vielen vollendet worden wäre auch ohne das Auftreten einer geistigen Störung.

Hat etwa ein Drittel der in so vorgerücktem Lebensalter Erkrankten die Anstalt mit günstigem Behandlungsergebnisse wieder verlassen können, so darf daraus wohl in erster Linie eine Bestätigung der Ansicht erblickt werden, daß es sich bei den geistigen Störungen der bejahrten Kranken keineswegs immer um eine Dementia senilis handelt, daß vielmehr ihrem Wesen nach verschiedene Krankheitsformen von ihr abgetrennt werden müssen, wie dies oben schon aus theoretischen Erwägungen gefolgert worden ist. Ihre reinliche Aufteilung auf die verschiedenen Krankheitsgruppen ist nicht ganz leicht, da, wie gesagt, Mischformen nicht selten sind, diese aber ziffermäßig nicht wohl ausgeschieden werden können, wenn anders die Übersichtlichkeit gewahrt werden soll. Auf die oben unterschiedenen Krankheitsgruppen verteilen sich unsere Fälle wie folgt:

	60 bis 65		65 bis 70		70 bis 75		75 bis 80	
Altersabnahme:	21 M.	25 Fr.	10 M.	14 Fr.	11 M.	27 Fr.	4 M.	3 Fr.
Akute Psychosen:	22 M.	53 Fr.	23 M.	30 Fr.	3 M.	5 Fr.	2 M.	2 Fr.
Chronische Psychosen:	4 M.	1 Fr.	—	7 Fr.	2 M.	1 Fr.	2 M.	1 Fr.
Verspätete Psychosen:	12 M.	1 Fr.	3 M.	2 Fr.	—	—	—	—

	80 und darüber;		zusammen		%	
Altersabnahme:	3 M.	3 Fr.	49 M.	72 Fr.	40,2 M.	41,4 Fr.
Akute Psychosen:	1 M.	—	51 M.	90 Fr.	41,8 M.	51,7 Fr.
Chronische Psychosen:	—	—	8 M.	10 Fr.	6,6 M.	5,7 Fr.
Verspätete Psychosen:	—	—	15 M.	2 Fr.	12,3 M.	1,2 Fr.

Die einfache Altersabnahme zeigt somit keinen wesentlichen Unterschied zwischen den beiden Geschlechtern; an den akuten Psychosen sind die Frauen wesentlich mehr beteiligt, bei den chronischen bleiben sie etwas zurück, während ihr Anteil an den verspäteten Psychosen ein ganz geringer ist.

Wenden wir uns zunächst den letzteren zu, so betreffen sie, abgesehen von einer Epilepsie und einer Imbezillität, bei denen erst durch das Hinzukommen von Alterserscheinungen auf psychischem Gebiete Anstaltsfürsorge notwendig geworden ist, ausschließlich Fälle von Alkoholismus und von progressiver Paralyse. Es handelt sich also fast ausschließlich um exogene Erkrankungen, die, ihrem



Wesen nach vom Lebensalter unabhängig, meist schon in früheren Jahren entstehen, gelegentlich aber auch später auftreten können. Kommen sie erst im Greisenalter zum Ausbruch, so kann entweder der schädliche Einfluß erst in späteren Jahren eingesetzt haben, oder es kann auch die persönliche Widerstandsfähigkeit gegen denselben eine besonders gute gewesen sein. Wird man in letzterem Falle einen verhältnismäßig gutartigen Krankheitsverlauf auch weiterhin zu erwarten haben, so erscheint im ersteren der bereits invalid gewordene Organismus durch die hinzugetretene Erkrankung von raschem Verfall bedroht. Für die eine wie für die andere Möglichkeit ließen sich unseren Erfahrungen bezeichnende Beispiele entnehmen. Immer aber handelt es sich hier um Erkrankungen, bei denen eine erfolgreiche Behandlung kaum in Frage kommen kann, die auch den Bestand der Anstalten an bejahrten Kranken nur wenig erhöhen, die vielmehr dazu beitragen, die Sterblichkeit schon auf den frühen Stufen des Greisenalters ungünstig zu beeinflussen. Soweit ausgesprochene Alterserscheinungen bei dieser Gruppe hervortreten, erscheinen sie als eine ungünstige Komplikation des Hauptleidens.

In gewissem Sinne trifft der letzte Satz auch für die chronischen Psychosen des höheren Lebensalters zu. An Zahl nicht häufig, verteilen sie sich weit mehr als die Fälle der vorigen Gruppe auf die verschiedenen Stufen des Greisenalters. Vermöge ihres lang dauernden Verlaufs erfordern sie meist bleibende Anstaltsfürsorge. In ihren klinischen Bildern schließen sich diese paranoischen Erkrankungen unmittelbar an die verwandten Zustände früherer Altersstufen, insbesondere an den von *Kraepelin* geschilderten präsenilen Beeinträchtigungswahn und an die von *Kleist*[7] beschriebene Involutionsparanoia an. Als dem Greisenalter eigentümliche Züge sind zu nennen die besondere Richtung der Beeinträchtigungsvorstellungen auf das pekuniäre Gebiet — eine solche auf das Geschlechtsleben, wie sie *Kleist* für die Involutionsperiode gefunden hat, tritt jetzt nach meinen Erfahrungen stark zurück — und die Seltenheit von Größenideen. Die Systematisierung der Wahngebilde pflegt ziemlich oberflächlich zu bleiben, die schöpferische Phantasie eine größere Rolle zu spielen, vielfach im Anschluß an lebhafte Halluzinationen auf verschiedenen Sinnesgebieten. Die krankhaften Gedankengänge bewegen sich so vielfach in recht abenteuerlichen Bahnen

und gar sonderbaren Sprüngen, werden aber nichtsdestoweniger mit großer Überzeugungstreue vorgebracht neben sonst noch ganz gut erhaltenen verstandesmäßigen Leistungen und neben einem kaum geschmälerten Gemütsleben. So lebendig die sprachlichen Äußerungen der affektiven Erregung sein können, so bleibt doch ihre psychomotorische Betätigung meist in bescheidenen Grenzen. Trotz aller Auflehnung gegen die aufgedrungene Anstaltspflege führen diese Kranken in derselben ein ziemlich harmloses Dasein. Sie bedürfen der Pflege aber wegen der völligen Unbelehrbarkeit hinsichtlich ihrer krankhaften Vorstellungskreise und wegen der Hartnäckigkeit, mit der sie denselben in ihrer heimischen Umgebung Geltung zu verschaffen suchen. Dadurch machen sie sich selbst sozial unmöglich, geraten sie wohl auch mit der öffentlichen Ordnung in Widerstreit und bedrohen sie oft berechtigte Interessen ihrer nächsten Angehörigen in unleidlicher Weise. — Für die Entstehung dieser Krankheitsformen mag vielfach eine individuelle Anlage in Betracht kommen; einige der Patienten hatten vorher schon im Rufe von Sonderlingen gestanden. Bei anderen war von solcher Veranlagung lediglich nichts bekannt; mitunter scheint Schwerhörigkeit das Auftreten der Beeinträchtgungsideen zu begünstigen. Einmal ausgebildet bleiben diese Zustände viele Jahre lang stationär, gehören ihre Träger zu den ehrwürdigen Gestalten der Anstaltsbevölkerung. Wie gut sich die allgemeine geistige Leistungsfähigkeit erhalten kann, mag einer unserer Patienten erweisen, der vor 8 Jahren schon einer anderen Anstalt mit der Diagnose einer Dementia senilis zugegangen war. Nach eingetretener Besserung hatte er jahrelang daheim noch eine geachtete Stellung eingenommen, bis er durch stärkeres Hervortreten von Verfolgungsideen für die Seinigen unerträglich geworden war. 70 Jahre alt, ist er dann hierher überwiesen worden als „präseniler Beeinträchtigungswahn".

Von weit größerer Bedeutung ist die Gruppe der akut auftretenden Psychosen im höheren Lebensalter. Ist auch der Krankheitsausbruch vielfach kein ganz plötzlicher, so entwickeln sich diese geistigen Störungen doch innerhalb weniger Wochen und zeigen sie von Anfang an das Gepräge der vorzugweise affektiven Störung. Verhältnismäßig selten sind manische Erregungszustände, obwohl auch sie mitunter vorkommen, ohne daß ihnen ähnliche in

früheren Jahren vorausgegangen wären. Weniger stürmisch als in jüngerem Alter auftretend, zeichnen sie sich mehr durch Ideenflucht und leichte Ablenkbarkeit aus als durch besondere Produktivität und starke motorische Entladungen. Vielgeschäftigkeit und wechselnde Unternehmungslust, Witzelsucht und Taktlosigkeiten machen diese Patienten mehr lästig, als so störend und gefährlich, wie es jüngere in aggressiverer Betätigung ihres gehobenen Selbstgefühls zu werden drohen. So bekommt man leicht den Eindruck einer bereits eingetretenen geistigen Schwäche, ohne daß diese doch nach Ablauf des Krankheitsanfalls sich bestätigen würde. In anderen Fällen kann freilich eine manische Erregung auch nur als Anfangsstadium eines Altersblödsinns auftreten und ist sie dann diesem zuzuzählen. Nur wenn eine nachhaltige Wiederherstellung mit Krankheitseinsicht eintritt, sind solche Erkrankungen in dieser Gruppe unterzubringen. Entsprechende Beobachtungen sind zu vereinzelt, um zu allgemeineren Ausführungen Anlaß geben zu können.

Sehr häufig sind dagegen Depressionszustände im höheren Lebensalter. *Gaupp* hat ihnen eine klinische Studie gewidmet und mehrere Untergruppen derselben unterschieden. Bei den doch ziemlich fließenden Übergängen zwischen denselben lege ich auf diese Unterscheidung weniger Nachdruck als auf eine möglichst sorgfältige Berücksichtigung der individuellen Einschläge im Krankheitsbild. Pflegen sie doch um so mehr hervorzutreten, je mehr der Erkrankte Lebensschicksale hinter sich hat, die ihm nun alle in verändertem Lichte erscheinen. Lassen sich psychopathologische Erscheinungen überhaupt zu biologischen Vorgängen in unmittelbare Beziehung bringen, so sind die mit dem beginnenden und weiterschreitenden Altern einhergehenden Stoffwechselveränderungen geeignet, der dadurch veränderten Selbstempfindung auch eine besondere psychologische Richtung im Sinne der Depression anzuweisen.

Beginnen im Stoffwechsel Abbauvorgänge vorzuherrschen, so muß darunter die Ernährung der Organe notleiden, das Vollgefühl der Kraft muß schwinden, es muß einem Hungern nach der seitherigen Leichtigkeit des Ersatzes weichen. Gelangt die Unstillbarkeit dieses Verlangens ins Bewußtsein, kommt es zu dauerndem Ermüdungsgefühl, dessen Überwindung vermehrte Kraftanspannung erfordert, ja muß der ganze Kräftehaushalt auf einen niedrigeren Gleichgewichts-

zustand eingestellt werden, so müssen daraus auch Unlustgefühle hervorgehen, die leicht Verstimmungen und ernste Vorstellungsreihen wecken können. Man wird sich zu Rückblicken auf den seitherigen Lebensgang veranlaßt sehen und zu Zweifeln über die Erreichbarkeit der gesteckten Lebensziele. Wunde Punkte werden kaum je fehlen, die Anlaß zu Selbstvorwürfen werden können, und der Blick in die Zukunft wird sich nur allzu leicht durch Sorgen verdüstern. So sind durch natürliche Lebensvorgänge die Bahnen vorgezeichnet, in die auf der Schwelle des Alters das Seelenleben so häufig getrieben wird. Je reicher aber das bereits zurückgelegte Leben gewesen ist, desto mehr wird es Punkte bieten, an denen solche Gefühle und Gedankengänge haften bleiben. Für die Entwicklung eines Versündigungswahns bietet sich mehr Stoff dar. Je bedeutungloser die einzelnen Erlebnisse früher erschienen waren, desto mehr wird ihre frühere Geringschätzung jetzt zur Quelle des Vorwurfs. Das Verweilen bei der Vergangenheit aber wird begünstigt durch die Erschwerung von Auffassung und Merkfähigkeit für die Dinge der Gegenwart. So erscheint die Außenwelt zunehmend fremder, wird die ganze Umgebung mit wechselndem Mißtrauen betrachtet. Das eigene Wohlbefinden muß gleichfalls leiden unter den Vorgängen des Alters, was Anlaß wird zu hypochondrischen Befürchtungen. — Häufiger als in jüngerem Alter treten zu den einfachen traurigen Verstimmungen verschiedenerlei Mißempfindungen und Sinnestäuschungen hinzu. Durch sie wird eine phantastische Wahnbildung begünstigt, die gelegentlich so wunderliche und abenteuerliche Bahnen einschlagen kann, daß die verstandesmäßigen Überlegungen darüber ganz verloren gegangen zu sein scheinen. Dem entspricht es, wenn auch der Selbstbeschädigungstrieb bejahrter Kranker mitunter besonders grausige Formen wählt. Über alledem tritt das typische Bild einer Melancholie zurück hinter dem eines depressiven Wahnsinns, gewinnt es auch nicht selten den Anschein, als ob die Kranken rasch der Altersverblödung verfallen.

Hinsichtlich der Unterscheidung von Untergruppen sonst auf *Gaupp* verweisend, möchte ich der Fälle wenigstens kurz gedenken, bei denen die nachlassende Merkfähigkeit zu zwangsmäßigem Suchen nach Worten, Namen oder Begriffen führt unter lebhafter Beängstigung bis zur erlangten Auffindung. Ohne daß die Besonnenheit und die Verstandestätigkeit anderweitig wesentlich berührt würde, können

dadurch doch schwere Hemmungen und Verstimmungen ausgelöst werden, die sich bis zum Lebensüberdruß steigern vor allem aus Furcht vor der drohenden Verblödung. In der Tat ist eine solche nicht zu besorgen. Es werden selbst wesentliche Besserungen dieser Zustände beobachtet. Vollständig werden sie kaum je mehr überwunden.

Werden Störungen dieser Art besonders peinlich empfunden, so ist um der bedenklichen Gefährdung des Lebens willen noch der meist recht akut auftretenden ängstlichen Verwirrtheitszustände mit starker motorischer Unruhe zu gedenken, wie sie im höheren Lebensalter nicht so selten vorkommen. Mit Nahrungsverweigerung und Störungen der allgemeinen Ernährung einhergehend, können sie unter stürmischen Delirien schon binnen weniger Tage zum Tode führen trotz rechtzeitig eingeleiteter ärztlicher Fürsorge. Diese Fälle geben ganz das Bild einer akuten Vergiftung, wie sie ja wohl auch aus dem Übertritt unrichtig abgebauter Zerfallsprodukte in den Stoffwechsel sehr wohl denkbar wäre. Die anatomischen Befunde, die man bei solchem Delirium acutum gehabt hat, sind schon im Sinne der Aufstellung einer besonderen Krankheitsform verwertet worden. Im Rahmen der Annahme einer Selbstvergiftung durch Abbaustoffe lassen sie sich den weniger verderblichen Erkrankungen von ähnlicher psychopathologischer Erscheinungsweise ungezwungen anschließen als bloße Abstufungen von wesentlich gleichartigen Vorgängen. Für eine solche Auffassung spricht auch die klinische Erfahrung, daß ein freilich bescheidener Teil der stürmischen Angstpsychosen dieser Altersstufe auch günstig verläuft, wenn schon in der Regel unter Hinterlassung einiger geistigen Defekte.

Die Depressionszustände sind es vorzugweise, die auch im höheren Lebensalter noch Aussicht auf Wiederherstellung und nachhaltige Besserung gewähren. In der Natur der Sache liegt es ja wohl, daß auch bei ihnen die Hoffnungen nicht sehr hoch gespannt werden dürfen, daß man mit einer verminderten Widerstandskraft des Gesamtorganismus gegen krankhafte Störungen auch dieser Art zu rechnen hat. Das muß sich geltend machen schon in verhältnismäßig hohen Sterblichkeitsziffern, für die nicht die Natur der Krankheit allein verantwortlich zu machen ist, es muß zutage treten auch in erschwertem Ausgleich der Krankheitserscheinungen. So sieht man auf dieser Altersstufe psychische Depressionen bisweilen in einen

Dauerzustand übergehen, der sich jahrelang wesentlich auf gleicher Stufe erhalten kann, bei dem es namentlich zu einer Altersabnahme nicht zu kommen braucht. Mit mäßigen Schwankungen erhält sich die gedrückte Gemütslage mit ihren Hemmungen fast unverändert zumal bei angemessenen Verpflegungsverhältnissen, während jede vermehrte Anforderung sofort auch die soziale Unzulänglichkeit aufdeckt trotz sonst ungeschwächter Verstandestätigkeit, trotz des Ausbleibens anderweitiger geistiger Mängel. Wo solche sich erst geltend machen, ist eine Brücke vorhanden zu den eigentlichen Altersabnahmen, wie sie teils als Ausgang der affektiven Psychose eintreten, teils als etwas Neues zu ihr hinzukommen können.

Einwandfreie Genesungen sind immerhin noch bei 10% unserer Erkrankungen nach dem 60. Lebensjahre zu verzeichnen gewesen. Da sie, wie gesagt, so gut wie ausschließlich auf Depressionszustände entfallen, würde sich der Prozentsatz für diese allein etwa doppelt so hoch stellen, gewiß Grund genug, um ihre Abtrennung von der Dementia senilis zu rechtfertigen. Sind beim weiblichen Geschlechte die Genesungen etwas häufiger, so ist mir nirgends so deutlich wie bei den bejahrten männlichen Rekonvaleszenten gebildeter Stände die größere Vollständigkeit der Krankheitseinsicht vor Augen getreten. Aus der Schule des Lebens und des Berufes erwächst hier offenbar das Bedürfnis, auch die Abwege des eigenen Vorstellungslebens in kranken Tagen nachträglich noch verstandesmäßig zu erfassen. So ist mir besonders ein früherer hochgeschätzter Kriminalist im Gedächtnis geblieben, dem die Erholung von seiner Krankheit dadurch nicht leicht geworden ist, daß er mit derselben Gründlichkeit, die ihn im Berufe ausgezeichnet hatte, nach wiedererlangter Besonnenheit nun auch die Irrgänge im eigenen Leiden auf ihre Entstehung hin bis in alle Einzelheiten zu verfolgen bemüht gewesen ist. Ähnliche Erfahrungen können dem aber auch aus anderen Berufsständen an die Seite gestellt werden. — Dauernde Behauptung der wiedererlangten Leistungsfähigkeit scheint dagegen den Frauen in ihren weniger ausgesetzten Lebensstellungen häufiger zu gelingen.

Der einfache A l t e r s b l ö d s i n n hat früher seltener Anlaß zur Aufnahme in Heilanstalten gegeben. Er wurde wohl mehr als eine lästige Zugabe denn als Erkrankung des Alters angesehen. Teils veränderte Aufnahmevorschriften, teils die Umgestaltung der sozialen

Verhältnisse, die dem Ausding geistiger Invaliden in der eigenen Häuslichkeit wenig günstig ist, wohl auch einiges Zurücktreten der Scheu vor den Anstalten bei der Bevölkerung führen den Anstalten jetzt auch solche Kranke in vermehrtem Maße zu. Je mehr die Jahre steigen, desto mehr herrschen sie in der Aufnahme vor; sie sind aber auch zu Beginn des 7. Lebensjahrzehnts schon recht häufig. Für die Abnahme in dessen zweiter Hälfte bei unserer Übersicht fehlt mir vorerst die Erklärung.

Die klinischen Erscheinungen der geistigen Abnahme sind zu bekannt, um ausführlicherer Schilderung zu bedürfen. Nachlaß der Merkfähigkeit, Erschwerung der Auffassung und der Orientierung in neuen Verhältnissen, Schwerfälligkeit der Kombination und des Urteils sind die ersten Ausfallerscheinungen, für die das Haftenbleiben am Hergebrachten und Altgewohnten, die Neigung zu Wiederholungen und die Hervorkehrung des Ichs recht mangelhaften Ersatz bilden. Exzentrische Einengung des Gesichtskreises, Abstumpfung des Gefühlslebens und Mangel an Tatkraft sind die wesentlichsten Ergebnisse. Lassen diese Schäden mitunter bis ins hohe Greisenalter auf sich warten, so machen sie bei frühzeitigem Beginn und raschen Fortschritten das Alter selbst zur Krankheit, die dringend der Fürsorge bedarf. Auch bei fortschreitendem Zerfall können inselförmige Bruchstücke von geistiger Tätigkeit erhalten bleiben, die bei oberflächlicher Betrachtung über das Maß der Abnahme täuschen können. Ein zutreffendes Urteil ergibt sich dann nur auf Grund sorgfältiger Prüfung der Gesamtpersönlichkeit. Wo unbestimmte Gefühle des eigenen Zerfalls sich in Mißtrauen gegen die Umgebung und eine gesteigerte Reizbarkeit umsetzen, kann wohl auch besonders zu Beginn das Zustandsbild einer depressiven Psychose oder eines Erregungszustandes mit Neigung zu Delirien vorherrschen, rasch wird aber der weitere Verlauf über die wahre Natur der krankhaften Vorgänge aufklären.

Nicht selten gesellen sich zur einfachen Altersabnahme Störungen hinzu, die aus sklerotischen Veränderungen am Gefäßsystem hervorgehen. Dem Altersschwund vorausgehend, ergeben sie Krankheitsbilder, die außerhalb dieser Betrachtungen bleiben müssen. Mit ihm zusammentreffend, erschweren sie das Krankheitsbild durch Ausfallerscheinungen, die auf vereinzelte oder mehrfache, beschränktere

oder ausgedehntere Herderkrankungen hinweisen. Besonders häufig scheinen Wortfindung und sprachlicher Ausdruck davon betroffen zu werden. Nicht immer sind es ausgesprochene apoplektische Insulte, womit diese Störungen sich einleiten. Treten solche auf, so pflegen sich halbseitige Lähmungen anzuschließen und geht auch der psychische Ausfall mehr und mehr über in die postapoplektische Demenz. Auch auf diesem Gebiete sind die beiderlei Krankheitsvorgänge, aus denen sich die Bilder zusammensetzen, in sorgfältig individualisierender Untersuchung tunlichst auseinanderzuhalten, wenn man die mancherlei Verschiedenheiten der einzelnen Fälle richtig verstehen will. Durch *Alzheimer*s Untersuchungen ist dieses Kapitel organischer Gehirnerkrankungen mit psychischen Störungen besonders gefördert worden. — Daß durch alle derartige Komplikationen die Prognose nur getrübt werden kann, braucht kaum ausdrücklich hervorgehoben zu werden; wohl aber darf nicht unerwähnt bleiben, daß reine Herderkrankungen des Gehirns auch bei hohem Lebensalter die geistige Tätigkeit noch für längere Zeit nahezu unberührt lassen können.

Wenden wir uns zum Schlusse nochmals zu Blüchers Erkrankung zurück, so lassen sich alle ihre Erscheinungen ungezwungen einreihen in die Erfahrungen über die Depressionszustände im höheren Lebensalter. Nicht ohne vorbereitende und auslösende Ursachen sind bei ihm nach der Mitte des 7. Lebensjahrzehnts melancholische Gedankengänge und hypochondrische Vorstellungen bezeichnender Art aufgetreten; lebhafte Sinnestäuschungen und Beeinträchtigungsideen sind, wie das auch sonst auf dieser Altersstufe beobachtet wird, hinzugetreten; ein recht schweres Krankheitsbild ist so zustande gekommen, durch das selbst sein Leben gefährdet war, und die ganz absurden Wahngebilde konnten recht wohl geistigen Zerfall befürchten lassen. Daß jedoch die Unsinnigkeit der Wahnideen von so übler Vorbedeutung nicht zu sein braucht, hat auch *Gaupp* für die Depressionszustände des höheren Lebensalters ausdrücklich hervorgehoben. Ich möchte dies unterstreichen und so zurechtlegen, daß auch recht kritiklose Erzeugnisse einer krankhaft erregten Phantasie, wie sie in den Jahren vor erlangter und nach überschrittener geistiger Reife leicht in den Vordergrund treten, nur ein zeitweiliges Darniederliegen, nicht eine bleibende Schwächung der Verstandestätigkeit zu bedeuten brauchen. So kann letztere mit nachlassender Störung wieder ganz in die früheren

Rechte eintreten, so lange es sich eben nur um eine Störung, nicht auch um einen Zerfallvorgang handelt. Dies hat bei Blücher, wie in so manchem anderen Falle derselben Altersstufe zugetroffen; so konnte er genesen, und war diese Genesung an sich noch nichts Außergewöhnliches. — Einzigartig bleibt aber, daß ein Mann in diesen Jahren kurz nach Überwindung einer so ernsten Krankheit sich noch zur Höhe seines Ruhmes aufzuschwingen vermochte, indem er alle seine bisherigen Leistungen weit in den Schatten gestellt und in weltgeschichtlichen Ereignissen eine führende Rolle übernommen hat. Dazu hat es einer besonders glücklich veranlagten Natur bedurft und der günstigen Gelegenheit zu einer ihr angemessenen Betätigung.

So vollständig die Wiedergenesung war, eine dauernde ist sie nicht geblieben, wenn auch die Rückfälle nicht von gleicher Heftigkeit und Dauer gewesen sind wie die erste Erkrankung. Das einmal erkrankt gewesene Organ hat eben auch später wieder ziemlich empfindlich reagiert auf verschiedenartige nachteilige äußere Einflüsse. Von dauernder Krankheit mit periodischer Verlaufsweise darf darum meines Erachtens nicht gesprochen werden. Jedesmal ist es wieder zu recht guter Erholung gekommen, und vor allem ist der greise Feldmarschall bewahrt geblieben vor dauerndem geistigen Zerfall.

So mahnt sein Krankheitsfall zu vorsichtigem Gebrauch des Sammelnamens einer Dementia senilis für die geistigen Störungen im höheren Lebensalter. Auch auf dieser Altersstufe soll die Psychiatrie über den Bestrebungen zur Klassifikation die Aufgaben der Individualisierung in der Diagnostik nicht vergessen, darf sie sich vor allem nicht irreleiten lassen durch einseitige Ausblicke nach den etwa möglichen Endzuständen. Nicht die Ruinen der geistigen Persönlichkeiten sind es, die uns die sichersten Anhaltpunkte geben zur richtigen Einschätzung ihrer krankhaften Störungen; auf diese selbst haben wir unsere Blicke mit größter Aufmerksamkeit zu richten. Je mehr wir sie in ihren Anfängen und in ihrer Entstehung betrachten, desto mehr werden sich auch die Mittel und Wege erschließen, um die Endzustände vielleicht noch mehr oder weniger hintanhalten zu können. Sieht man in ihnen gewissermaßen die Frucht der Krankheitsvorgänge, so läuft man Gefahr, ihrer Ausreifung fatalistisch entgegenzusehen, anerkennt man mißtrauisch vielleicht kaum eine Genesung, wie sie denn doch auch im höheren Lebensalter noch von



mancher geistigen Störung eintritt und nicht nur dem einzelnen Erkrankten, sondern, wie Blüchers Beispiel zeigt, ganzen Völkern zugute kommen kann.

Literatur.

1. Varnhagen van Ense, Preußische biographische Denkmäler II, 1826.
2. Erinnerungen aus dem Leben des Generalfeldmarschalls Hermann von Boyen; herausgegeben von Friedr. Nippold, 1889, Bd. II, S. 106 ff.
3. *Bieske*, G. L. Blücher von Wahlstadt, 1862.
4. *Wiggers*, Geschichte der Familie von Blücher, 1878; II, 5.
5. *Kraepelin*, Psychiatrie. 8. Auflage II, 1. S. 534.
6. *Gaupp*, Die Depressionszustände des höheren Lebensalters; Münchener klinische Wochenschrift 1905, Nr. 32, S. 531.
7. *Kleist*, Die Involutionsparanoia; Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie LXX.



Klinische Mitteilungen.

Von

Universitätsprofessor Dr. **Ernst Emil Moravcsik,** Budapest.

Die Umwandlungen, welche die moderne psychiatrische Auffassung durchgemacht, sind in erster Reihe der intensiven Pflege der klinischen Richtung zuzuschreiben. Die tiefgreifende Erforschung der ätiologischen Momente, die eingehende Analyse der Symptome, die wachsame Kontrolle der Krankheit von ihrem Anfange während ihres ganzen Verlaufes, die Präzisierung der Verlaufsarten und Ausgangsformen hat dem Werdegange einzelner Krankheitsbegriffe neue und neue Perspektiven eröffnet. Ebenso wichtige und informierende Stützpunkte liefert uns nicht bloß der in den einzelnen Krankheitsphasen festgestellte Status retrospectivus, sondern die weitere Verfolgung der Besserungen, Heilungen und des Zustandes der Kranken nach ihrer Entlassung; all dies gibt uns wertvolle Aufklärungen sowohl über die Art der Erkrankung, als auch über den Mechanismus der einzelnen Krankheitssymptome. Ich will bloß auf die Amentia verweisen, deren Krankheitssymptome ganz unter dem Einflusse der dominierenden Halluzinationen stehen, sich ganz ähnlich den Symptomen anderer psychischer Erkrankungen gestalten können und eben deshalb zu häufigen Irrtümern Anlaß bieten können. Erfolgt endlich die Aufhellung des kranken seelischen Zustandes, können wir oft bei manchen an andere Zustandsbilder erinnernden motorischen und psychischen Erscheinungen den auf Halluzinationen und Illusionen basierenden Ursprung derselben nachweisen.

So z. B. hat einer meiner Kranken, welcher längere Zeit in stuporöser Hemmung unbeweglich auf einer Stelle saß, nachträglich als Ursache dieses seines Verhaltens angegeben, daß er feurige Kugeln rings um sich fallen sah und fürchtete sich zu bewegen, damit nicht eine derselben auf ihn falle. Bei demselben Kranken beobachteten wir zeitweise einen taumelnden Gang, welchen er später damit begründete, daß er sich auf



einem schwankenden Seeschiffe glaubte, und er wollte die Bewegungen desselben mit seinem Gange paralysieren. — Eine andere hat im Dauerbade verschiedene katatonische Haltungen deshalb angenommen, weil sie die Vorstellung hatte, eine im Teiche badende Wassernymphe zu sein.

Ebenso charakteristische und über das Zustandsbild aufklärende Daten liefert die folgende Kranke:

Die 18 jährige P. hat geistige Getränke nie genossen; Vorbereitung zu einem schweren Examen und viel Privatunterricht haben sie derart erschöpft, daß sich bei ihr Appetitlosigkeit, Schlaflosigkeit, Depression und Reizbarkeit eingestellt haben und ihr das Lernen und Unterrichten sehr beschwerlich wurde. Nach einer kurz dauernden fieberhaften Krankheit entwickelten sich bei ihr die Erscheinungen der Amentia. Unter dem Einflusse lebhafter und massenhafter Halluzinationen und Illusionen trübte sich ihr Bewußtsein, psychische und motorische Unruhe wechselten ab mit Erscheinungen von Hemmung, unsinnigen, konträren und gewalttätigen Handlungen. Nach Besserung und späterer Heilung ihrer Erkrankung gab die Kranke folgende Aufklärungen: Sie fürchtete sich vor den Menschen und Speisen, konnte sich nicht orientieren, empfand unangenehme Gerüche, große Hitze, hörte vielerlei Stimmen; sie sah Teufel, überirdische Geschöpfe, Menschen, Fledermäuse, Drachen, welche sich um sie bewegten, sie berührten, sie mit glühendem Eisen brannten, ihre Glieder abschnitten. Dann erschien ihr ein weißer Wagen voll Engeln und Blumen. Später verspürte sie ein Erdbeben, und ein Feuerregen versengte die Haare ihrer Umgebung. Die Klinik erschien ihr als Kerker, die Wärterinnen als marternde Inquisitoren, die Ärzte als Gespenster, das Bad als die Hölle und Hexenküche. Sie vermeinte ihre Mutter ermordet zu haben, weil ihr Stimmen zuriefen: „Du hast sie getötet, sieh hier ist ihr Kleid", und glaubte deshalb büßen zu müssen. Zwei Monate hindurch wußte sie nicht, ob sie lebend oder tot sei. Als ihre Mutter sie besuchte, wähnte sie dieselbe tot, weil ihr Blick ein anderer war, und es kam ihr eigenartig vor, als die Mutter sie umarmte. Auch ihren Vater erkannte sie nicht, weil sie glaubte, seine Seele sei fortgeflogen. Oft hatte sie die Empfindung, als ob sich das Bett mit ihr heben und senken würde. Häufig hörte sie Stimmen durch das Schlüsselloch, deshalb lief sie stets zur Türe. Auch die Stimmen ihrer Freundinnen wähnte sie zu hören, welche ihr zuriefen: „Nun, Du hast Dir Dein Glück gegründet". Später hörte sie, man wolle sie nach Paris oder einer anderen Stadt bringen, und der Wagen warte bereits. Vor den Speisen fürchtete sie sich und wollte nichts von denselben genießen, weil sie vergiftet oder Menschen- und Hundefleisch seien. Sie hatte Angst, sich im Bette zu bewegen, weil sie die Bettdecke für einen Wolf oder Bären hielt, welcher ihr den Kopf zuwandte; darauf haben sie die Stimmen beruhigt, die Tiere würden sie nicht beißen. Zeitweise hörte sie ein schauderhaftes Tiergebrüll, so daß sie sich die Ohren zuhielt. Wilde Tiere tanzten um sie herum, der Boden



senkte sich unter ihnen, dann wieder stürzten sich dieselben auf sie. Bei anderer Gelegenheit hatte sie die Empfindung, als ob ihr Haar mit der Kopfhaut zu Boden gezogen würde. Ein andermal fühlte sie, daß man sie in einen Sarg legte und auf den Kirchhof trug. Als sie einmal von ihren Eltern Blumen bekam, verwandelte sich ihr die Hölle in den Himmel, und sie dachte Braut zu sein. Bei anderer Gelegenheit sprang sie zum Fenster des Parterrezimmers hinaus, weil ihr dies eine Stimme befahl.

Wer auf eine längere psychiatrische Vergangenheit zurückblicken kann — auch ich sammle nun schon länger als 30 Jahre meine Erfahrungen auf diesem Gebiete —, hat nicht nur erfahren können, daß sich die Auffassung über einzelne Krankheitsformen unter dem Einflusse verschiedener Faktoren umwandelte, sondern auch, wie dies viele ausgesprochen haben, eine Veränderung des Charakters vieler Psychosen sich andeutete, wozu — wie dies auch *Kraepelin* betont — die veränderten Umstände, Lebensverhältnisse, Milieu, Rasse und Individualität nicht unbedeutend beigetragen haben. Eingehendes Studium ergibt oft, daß nicht die Natur eines Krankheitsprozesses gewisse feinere Züge aufweist, sondern daß die Individualität auf schädliche Einflüsse in besonderer Weise reagiert, was sich dann als eigenartiger Zug manifestiert. Dies sehen wir auch besonders unter dem Einflusse gewisser infektiöser und toxischer Einwirkungen.

Die auf Natur und Symptome einer Krankheit bezügliche Auffassung formt und wandelt sich in erster Reihe auf Grund persönlicher Beobachtungen und Erfahrungen. Doch bietet sich nicht jedem Fachmanne Gelegenheit, Fälle in unbeschränkter Zahl zu beobachten, welche geeignet sind, jeden Faktor eingehend zu beleuchten. Und häufig verbleiben die feineren Details der Beobachtungen innerhalb der Mauern einer Anstalt oder Klinik und werden schon deshalb nicht Gegenstand allgemeiner Beurteilung und Vergleiches, weil jede Veröffentlichung einen größeren Apparat, Literaturdaten und somit die Ausarbeitung längere Zeit und Arbeit erfordert, wodurch dann einzelne, als unbedeutend erscheinende, sich aber später vielleicht doch wichtig zeigende oder sonst interessante, aber für eine größere Publikation nicht geeignete Beobachtungen nicht vor die Öffentlichkeit gelangen. Und gerade aus der Masse einzelner Beobachtungen gestalten sich die charakteristischen Elemente eines Zustandsbildes, welche später zur Grundlage einer größeren Studie dienen können.

Ich glaube daher es als nicht wertlos bezeichnen zu dürfen, wenn einzelne Forscher ihre interessant oder lehrreich erscheinenden Beobachtungen ohne größeren literarischen Hintergrund, mit bloßer Darlegung ihrer individuellen Ansicht, der Öffentlichkeit übergeben.

Dieses Ziel schwebt mir vor Augen, indem ich eine Serie von klinischen Mitteilungen hiermit beginne.

An meiner Klinik für psychische und Nervenkrankheiten befolge ich seit Jahren das System, daß einerseits die Anamnese zum Gegenstand eingehender Erforschung gemacht wird durch Befragung der Kranken, ihrer Angehörigen und behandelnden Ärzte, andererseits, daß ich sowohl die psychischen als somatischen Erscheinungen nach den ausführlichsten neurologischen und psychiatrischen Methoden feststelle oder durch meine geschulten Assistenten feststellen lasse, wobei ich besonderes Gewicht darauf lege, daß sowohl bei dem Eintritte des Kranken, als im Verlaufe der Krankheit die gefundenen Symptome nicht mit allgemeinen Ausdrücken bezeichnet, sondern stets in jedem Detail genauest beschrieben werden, daß der Kranke bei jeder Gelegenheit quasi photographisch wiedergegeben sei. In jeder besonderen Krankheitsphase, namentlich nach erfolgter Heilung, nehmen wir einen genauen Status retrospectivus auf. Endlich ersuche ich die Kranken, wenn sie die Klinik verlassen, daß sie sich so oft als möglich vorstellen oder über ihr Befinden schriftlich berichten mögen, und beantworte solche Briefe immer, schließlich erhalte ich eine stete Verbindung mit den Angehörigen des Kranken, um über seinen Zustand immer unterrichtet zu sein. Überflüssig zu betonen, daß sämtliche Konzepte, Briefe, Zeichnungen usw. der Kranken zum Gegenstande eingehenden Studiums gemacht werden.

I. Beiträge zur Ätiologie der Geisteskrankheiten. — Obwohl eine lange Erfahrung zur Festigung der Ansicht führte, daß die Grundlage zur Entwicklung von Geisteskrankheiten in erster Reihe die individuelle Disposition, insbesonders die erbliche Belastung bildet, ist dennoch die Mitwirkung zahlreicher endogener und exogener Faktoren unverkennbar selbst dann, wenn der schädliche Einfluß eines Momentes auf die Funktionen des Organismus besonders auffallend ist. Zweifellos ist die Feststellung des Zusammenhanges von Ursache und Wirkung oft recht schwierig, weil der Einfluß von zahlreichen in Betracht kommenden Faktoren nicht ausgeschlossen



werden kann und das häufige Zusammentreffen von gewissen Momenten mit der Geisteskrankheit, die gemeinsame Manifestation, die Reihenfolge in der Entwicklung der Symptome, ihre Ähnlichkeit und ihr Verlauf in einer gewissen Richtung die ätiologische Bedeutung hervorheben.

1. Hirnblutungen. Bekanntlich treten nach hämorrhagischen Insulten zumeist krankhafte Reizbarkeit und Labilität der Stimmung, Gedächtnisschwäche und überhaupt intellektuelle Defekte mit ihren weiteren Eigentümlichkeiten auf. Doch kann es auch zu depressiven und halluzinatorischen Zuständen kommen.

Meine eigenen klinischen Erfahrungen haben einige interessante Erscheinungen ergeben. Von diesen möchte ich die Fälle der Frau Cs. und des Karl S. schildern. Bei beiden traten lebhafte Halluzinationen, Illusionen, Konfabulationen, und bei letzterem Kranken eine bis zum Tode andauernde Verwirrtheit auf.

1. Frau Cs., Handwerkerswitwe, 54 jährig, war nie Trinkerin, auch waren bei ihr niemals Erscheinungen des Alkoholismus vorhanden; dieselbe erlitt nach vorangegangenen Schwindelanfällen am 5. II. eine Apoplexie mit linkseitiger Hemiplegie. Am 25. II. 1910 wurde sie wegen Unruhe und Verwirrtheit in meine Klinik überführt, wo bei ihr hochgradige Bewußtseinstörung, motorische und psychische Agitation nachweisbar waren. Sie warf sich im Bett herum, stieß die Bettdecke hinab, zerrte am Polster; gab auf Fragen unzusammenhängende Antworten, war zeitlich und örtlich desorientiert; rief ununterbrochen ihren Sohn und Bruder, gab ihnen, den Ärzten und dem Wartepersonal verwirrte, sinnlose Aufträge, hüllte ihren gelähmten Arm ein, begann dann zu lärmen, daß man ihr nicht zu Hilfe komme, war nachts schlaflos.

Nach einigen Tagen Aufhellung des Sensoriums, wobei die Kranke angibt, sie hätte die Empfindung gehabt, ihr gelähmter Arm sei vom Körper abgetrennt und liege leblos neben ihr. Sie fürchtete, ihr Arm verfaule, und aus diesem Grunde hüllte sie ihn fortwährend ein. Sie ersuchte die Ärzte, ihren Arm zu präparieren, damit er nicht verfaule, auch bat sie, ihr den Arm festzunähen, damit sie nicht genötigt sei, einen Holzarm zu tragen. Nur dann kam sie zum Bewußtsein, daß all dies nur eine „krankhafte Einbildung“ sei, als ihr der Arzt in Aussicht stellte, den Arm zu elektrisieren. Auch glaubte sie in ihrer Verwirrtheit, in die Gesellschaft von bösen Menschen und Dieben gelangt zu sein. Die Diebe haben sie hierher gebracht, um sie zu hypnotisieren und dann auszurauben und zugrunde zu richten, damit sie nicht mehr arbeiten könne. Sie wähnte verschiedenes Flüstern, die Stimme ihres Bruders und Schwester, aber auch fremder Männer und Weiber zu hören. Sehr erstaunt war sie, daß



sie die Stimmen ihrer Angehörigen im Nebenzimmer hörte, ohne daß diese ihr zu Hilfe kamen, als sie mit lauter Stimme rief. Sie dachte, im Badezimmer wäre eine große Zusammenkunft, weil sie hörte, daß dort eine große Unterhaltung veranstaltet werde, und daß sie 4 Kronen Entree zu zahlen hätte. In der Glaskugel der elektrischen Lampe sah sie ihren Bruder. Jetzt weiß sie bereits, daß ihre linke Körperhälfte gelähmt ist, in dieser hat sie die Empfindung, als ob Blutegel in ihren Adern kletterten. Das Sensorium hellte sich später gänzlich auf, und nach entsprechender Behandlung besserte sich auch die Hemiplegie soweit, daß Pat., wenn auch schwer, gehen konnte, doch blieb ihre Stimmung labil. Sie verblieb in der Klinik bis 5. II. 1911, als sich in den linken Extremitäten eine leichte Kontraktur ausbildete; Pat. wurde in gebessertem Zustande in häusliche Pflege gegeben.

2. Der 55 jährige Beamte Karl S. erlitt am 28. XI .1912 eine Apoplexie, aus welcher sich eine rechtseitige Hemiplegie mit Sprachstörung entwickelte. Pat. wurde am 2. XII. 1912 aus der medizinischen in meine Klinik überführt, weil er verwirrt und unruhig war, stets das Bett verlassen wollte, nach Hause drängte und die verordneten Medikamente nicht nahm. Schwankende Gemütsstimmung; zeitweise reizbar selbst dann, als er unbehilflich im Bett lag. Mangelhafte Orientierung, schwer verständliche Sprache. Später Aufhellung des Sensoriums und Besserung der Lähmungserscheinungen; nun ist er imstande, die anamnestischen Daten recht verständig anzugeben. Am 14. I. 1913 wird Pat. verwirrt, beginnt zu konfabulieren. Er erzählt, in der Stadt K. gewesen zu sein, wo ihn ein junger Mann spazieren führte, worauf er in ein Krankenhaus gebracht wurde, dort bekam er zwei Klafter Holz, dessen Kleinmachen er dem Wärter übertrug, dieser jedoch gab ihm nichts davon, so daß er im kalten Zimmer weilen mußte. Am 15. I. ist Pat. unruhig, zerreißt das Leintuch, läßt den Urin unter sich. Am 25. I. abermals aufgeregt und verwirrt, später deprimiert. Am 30. I. klagt er weinend, daß sich Ärzte und Wärter nicht um ihn kümmern, und daß ihn die Kranken belästigen; er will fortwährend das Bett verlassen. Am 7. II. wirft er seine Bettwäsche herum, schreit und weint, hält den Arzt für einen Priester, bittet denselben um die Erlaubnis, zur Beerdigung gehen zu dürfen, da sein Sohn gestorben sei; das Badezimmer hält er für den Aufbahrungsraum des Leichenhauses. Während des Bades klagt er, daß er in einen Juden verwandelt würde, weil man ihn in ein rituelles Bad setze. Bei einer anderen Gelegenheit erzählte er, auf der Margaretheninsel promeniert zu haben. Später ward Pat. immer verwirrter und unruhiger, zerwarf seine Kleider und Bettwäsche, wollte stets fortgehen, schleuderte die Bettwäsche herum, und unter diesen Symptomen erfolgte der Tod am 7. III.

2. L y s s a. Seitdem die *Pasteur*schen Schutzimpfungen systematisch und sachgemäß zur rechten Zeit durchgeführt werden, sind die Lyssafälle und die im Anschlusse daran entstehenden Psychosen

seltener geworden. Diesem Umstande ist es auch zuzuschreiben, daß derartige Schilderungen in der Literatur immer seltener werden. Mit der Lyssa habe ich mich seit 1885 viel befaßt Reichliche Gelegenheit hierzu boten mir jene Fälle, welche in die früher die psychiatrische Klinik bildende städtische Beobachtungsabteilung eingeliefert wurden. Von 1885 bis 1 Oktober 1908 gelangten insgesamt 41 Personen zur Aufnahme, darunter 32 Männer und 9 Weiber. Dem Alter nach waren: 1—10 jährig 10, 11—15 jährig 8, 16—20 jährig 4, 21—25 jährig 2, 26—30 jährig 5, 31—35 jährig 1, 36—40 jährig 1, 41—45 jährig 3, 46—50 jährig 1, 51—55 jährig 1, 56—60 jährig 4, 66—70 jährig 1 Person Demnach entfällt der überwiegende Teil der Kranken auf das jugendliche Alter (24 Kranke). Die kürzeste Inkubationszeit betrug 21, die längste 83 Tage nach erfolgtem Biß. Mit Ausnahme eines Falles, wo eine 17 jährige Frau von einer wütenden Katze am linken Daumen gebissen wurde, stammten sämtliche Bisse von Hunden. Die Bißstelle war zumeist an der oberen Extremität oder an verschiedenen Stellen des Gesichtes und verursachte in manchen Fällen bloß leichte Hautabschürfungen.

Sehr instruktiv ist der Fall jener 7 Personen, welche in Neupest am 10. und 11. Dezember 1885 von demselben Hunde gebissen wurden, und welche ich sämtlich persönlich untersuchen konnte. Bei dreien davon (4, 11 und 15 jährige Personen) kam die Krankheit zum Ausbruch und endete letal; den Verlauf konnte ich bis zu Ende beobachten. Die vier anderen (13, 28, 50 und 55 jährige Personen) wurden von der Krankheit verschont und blieben am Leben. Von diesen 7 Fällen kam die Lyssa bei jenen zum Ausbruche, welche nur leichtere Verletzungen erlitten, was damit erklärt werden kann, daß bei den stärkeren Verletzungen von der stärkeren Blutung die Wunde quasi ausgewaschen wird (eine Ausnahme bildet der 13 jährige Junge, welcher am linken Arm und Handrücken stärkere Verletzungen erlitt und stark blutete); weiter ist auffallend, daß eher die jüngeren Personen erkrankten; der momentane ärztliche Eingriff (Ausschneidung der Wunde, Kauterisation usw.) hat den Ausbruch der Krankheit nicht beeinflußt. Von den Überlebenden standen nach dem Bisse in ärztlicher Behandlung zwei, die anderen zwei wurden nicht behandelt; von den an Lyssa Verstorbenen wurde bloß einer behandelt, die anderen nicht.

Sowohl diese als auch andere von mir beobachtete Fälle weisen darauf hin, daß bei der Lyssa mit einer gewissen individuellen Disposition gerechnet werden muß. Auch in anderen Fällen konnte ich nachweisen, daß die Krankheit trotz starker Verletzung und heftiger Blutung und trotz ärztlicher Behandlung zum Ausbruch gelangte.

Die Lyssa ist eine fieberhafte Infektionskrankheit, bei welcher in den seltenen Fällen eines längeren Verlaufes gewisse Temperaturschwankungen auftreten, und wie ich auf Grund systematischer und zweistündlich vorgenommener Messungen bereits 1886 nachgewiesen habe, pflegt die Temperatur bis zum tödlichen Ausgange ständig zuzunehmen, auch bis über 41° C, so daß die Höhe der Temperatur das jeweilige Stadium der Krankheit bezeichnet. Die Zahl der Pulsschläge beträgt 108 bis 160 in der Minute, die der Atemzüge 30—36; die Atmung ist unregelmäßig, oft oberflächlich.

Nach meinen Erfahrungen wird der Ausbruch der Krankheit von 2—4 Tage andauernden Prodromalerscheinungen eingeleitet, während welcher der Betreffende über Kopfschmerz, Ohrensausen und Hitzegefühl klagt; die Pupillen sind erweitert, ihre Größe schwankt fortwährend; der Blick ist unstät; von der Narbe der Bißwunde strahlen Kribbelempfindungen aus, später stechende, bohrende Schmerzen. Zeitweise erfolgt einige Sekunden dauernder Atmungsstillstand. Dabei sind die Kranken appetitlos, mißmutig, das Schlucken fällt ihnen besonders schwer, sie haben eine Empfindung, als ob etwas in ihrem Schlunde stecke.

Unter stetig zunehmenden Atmungs- und Schlingbeschwerden kommt die Krankheit zum Ausbruch. Der Kranke wird unruhig, aufgeregt, findet nirgends Ruhe, greift sich fortwährend in den Rachen. Dann bekommt er vor allem, was er schlucken soll, einen Abscheu, weil der Schlingakt eine schmerzhafte Kontraktur sämtlicher in Betracht kommender Muskeln verursacht. Der Kranke wird von heftigstem Durstgefühl gequält, verlangt fortwährend Wasser, zum Trinken selbst bereitet er sich mühevoll vor, wie mit sich selbst kämpfend. Endlich erhebt er das Glas zum Mund und schüttet plötzlich einige Tropfen hinab; doch sofort verzerrt er das Gesicht, dasselbe wird zyanotisch, die Augen treten stark aus den Höhlen, in den Atmungsmuskeln treten für die Dyspnoe charakteristische Bewegungen auf; der Kranke bekommt Erstickungserscheinungen, Brechreiz und

schlägt mit den Händen um sich. Nach eingetretener Ruhe starke Salivation. Die Augen sind eingefallen, von blauen Ringen umgeben. Die Pupillen erweitern sich sukzessive ad maximum und reagieren gegen Ende der Krankheit überhaupt nicht. Im Gebiete der Sinnesorgane besteht eine erhöhte Reizbarkeit. Die Kranken meiden das Licht, beim Tönen der Stimmgabel zucken sie zusammen, knirschen mit den Zähnen; in einigen Fällen beobachtete ich Diplopie, Photopsien, verschiedene Klangsensationen: Knistern, Knattern, Rauschen. Im Endstadium der Krankheit jedoch tritt eine Abstumpfung in der Funktion der Sinnesorgane ein.

Sämtliche Sehnen- und Muskelreflexe sind gesteigert, insbesondere die mechanische Muskelerregbarkeit, welche mit fortschreitender Krankheit zunimmt, und sogar 2 Stunden nach dem Tode noch bedeutend ist. Demgegenüber nehmen die Sehnenreflexe langsam ab, können sogar kurz vor dem Tode nicht mehr auslösbar sein.

Mit dem *Marey*schen Polygraphen habe ich die Kurven des Tremors aufgenommen. Diejenige Hand, an welcher der Biß erfolgte, und von wo die charakteristischen Sensationen ausstrahlten, zitterte stärker, und das Zittern erreichte seinen Höhepunkt unter vorübergehenden Verminderungen. Bezüglich der Zahl der Zitterausschläge zeigt der Tremor eine Ähnlichkeit mit dem der Paralysis agitans (auf eine Kurvenlänge von 1 cm entfallen 8—9 Ausschläge), während die Gestalt derselben eher an den hysterischen Tremor erinnert.

Ferner zeigen die Kranken reichliche Speichel- und Schweißabsonderung. Erstere steigert sich mit zunehmender Krankheit derart, daß der ausfließende Speichel um den Patienten eine Lache bildet. Die Schweiße bleiben später aus, und nur kurz vor dem Tode kann man auf der Stirne des Kranken wieder Schweißtropfen erblicken. Harnmenge vermindert, mit hohem spez. Gewicht und Eiweißgehalt.

Die Patienten klagen über das Gefühl eines Fremdkörpers in der Kehle, sind bestrebt, denselben auszuhusten, und führen ihren Finger in den Rachen ein. Ab und zu klagen sie über ein Gefühl, als ob ihre Ohren verstopft oder als ob ein Tier in dieselben gekrochen wäre.

Das Bewußtsein ist lange erhalten, und deshalb leiden die Kranken unendlich viel; sie rufen fortwährend um Hilfe, verlangen Wasser,



um ihren quälenden Durst löschen zu können, sind aber unfähig, dasselbe hinabzuschlucken.

Nach der Erregung pflegt, obwohl nicht in allen Fällen, ein delirantes Stadium einzutreten, in welchem die Umstände der Verletzung (Biß) mitspielen, mit lebhafter Konfabulationsneigung. Das Bewußtsein ist durch massenhafte Halluzinationen getrübt, welche zumeist schreckhaften Inhaltes sind und zu rhapsodischen, fragmentären und losen Wahnbildungen Anlaß bieten. Hauptsächlich findet man Visionen und Akoasmen, und auch lebhafte Parästhesien können vorkommen. Die Kranken meinen drohende Stimmen, Lärm, Gewehrgeknatter, Stöhnen zu hören, sehen umherlaufende Menschenmassen. Infolge der Illusionen verkennen sie ihre Umgebung und Personen. Die bisher nicht gefährlichen Kranken werden nun agitiert, aggressiv, zerstören ihre Liegestelle, kratzen den Anstrich der Wände herab, werfen alle Gegenstände herum, poltern an der Türe, schlagen die Fenster ein. Einer meiner Kranken sah einen durch das Fenster auf ihn gerichteten Gewehrlauf und warf in seiner Verzweiflung herabgekratzte Stücke des Wandanstriches gegen das Fenster. Dann wieder hören die Kranken die Stimmen ihrer Angehörigen und lassen sich mit denselben in Gespräche ein. Sie laufen ziel- und zwecklos herum, zerreißen ihre Wäsche, verwirren ihr Haar, schimpfen die Umgebung, klagen, daß man sie mit Medikamenten und Injektionen zugrunde richte, und manche wollen einen Selbstmord begehen. Bei Annäherung Fremder wollen sie ängstlich fliehen. Die Reflexerregbarkeit ist derart gesteigert, daß nicht nur das Anblasen, sondern der Atemhauch imstande ist Erregungszustände hervorzurufen. Auf starkes Anrufen klärt sich mitunter das Bewußtsein, gerade wie beim Delirium tremens im Kulminationsstadium der Krankheit, aber eine erhöhte Suggestibilität findet man nicht. Das Endstadium hat einen asthenischen, mussitierenden Charakter, Inanitionsdelirien pflegen aufzutreten, die Kranken vollführen einzelne zwecklose Bewegungen, greifen mit den Händen in der Luft herum, wälzen sich am Boden, murmeln unverständliche Klagen vor sich, perzipieren nicht die gestellten Fragen und werden schließlich komatös.

Die Stimmung ist meist gedrückt, ängstlich, wird nur ausnahmweise sarkastisch und heiter, was im Gegensatz zu ihrem hypomanischen Zustand mitleiderregend und oft abstoßend wirkt.

Die Gesichtsmuskeln durchzuckt es in abwechslungreichstem Spiel, wodurch das Gesicht zur Grimasse und der Ausdruck einmal weinerlich, dann lachend wird.

Langsam werden die Bewegungen ataktisch, die Kranken gehen schwankend einher, fallen oft zu Boden. Die Extremitäten zittern stark. Später vermögen die Kranken weder zu gehen noch zu stehen, kollern am Boden umher, beschmieren sich mit den eigenen Exkrementen, reißen sich die Kleider vom Leibe, greifen sich die Genitalien ab. Schließlich tritt das konvulsive und paralytische Stadium ein. Anfänglich treten in einzelnen Muskelgruppen des Gesichtes, der oberen und unteren Extremitäten klonische und tonische Zuckungen auf, welche sich später auf die gesamte Körpermuskulatur erstrecken. Ausgesprochener Opistho- und Episthotonus tritt auf. Dabei wird das Bewußtsein zunehmend trübe, der Kranke perzipiert nicht mehr, die ad maximum erweiterten Pupillen reagieren nicht mehr. Das Gesicht wird zyanotisch, die Kranken haben Erstickungsanfälle. Reichlicher Speichelfluß. Zeitweise läßt der Kranke bellende Töne hören, der Urin fließt spontan ab. Schließlich tritt allgemeiner Tetanus auf, das Atmen wird immer schwieriger, bleibt für längere Zeit aus, und der Kranke stirbt unter asphyktischen Erscheinungen.

Das ganze Krankheitsbild läuft in 1—1½ Tagen ab, kann mitunter etwas länger andauern, in einem meiner Fälle trat der Tod erst nach 5 Tagen ein.

Ein Teil der Kranken kann bis zum letzten Stadium bei vollkommener Besinnung bleiben, diese erdulden dann die größten Qualen, welche selbst mit beruhigenden Mitteln kaum oder überhaupt nicht gemildert werden können, und diesen kann man im günstigsten Fall nur vorübergehende Erleichterung verschaffen. Die quälendste Erscheinung ist der Durst, dessen Milderung die mit jedem Schluckakt verbundene schmerzhafte Reaktion unmöglich macht.

3. Operative Eingriffe. Bei der Erforschung der ursächlichen Momente psychischer Störungen nach operativen Eingriffen taucht die Möglichkeit verschiedener Faktoren auf, wie dies von mehreren Seiten, u. a. auch von *Kraepelin*, betont wird. Solche sind in erster Reihe die angeborene oder erworbene individuelle Disposition, namentlich die neuropsychopathische Konstitution, hauptsächlich die Hysterie, ferner Involutionszustände, Intoxikations-

prozesse, Alkohol, Erschöpfungszustände nach großem Blutverlust, und als Gelegenheitsursache kann auch die gemütliche Erregung, die Angst dienen. In manchen Fällen kann der operative Eingriff eine bereits latente oder eine remittierende psychische Erkrankung zum Ausbruch bringen.

Ich habe 8 derartige Fälle beobachtet, darunter 5 bei Weibern und nur 3 bei Männern. Bei den letzteren war Alkohol in der Anamnese zweifellos nachweisbar. Bei den weiblichen Patienten handelte es sich dreimal um Gebärmutter-, je einmal um Magen- resp. Augenoperation, bei den männlichen zweimal um Augenoperation (Katarakt und Iridektomie) und einmal um Amputation des Beines. Bei den Weibern traten einmal depressive, viermal halluzinatorische Erscheinungen auf, bei den Männern stets Delirien auf alkoholischer Grundlage.

1. Die 42 jährige Taglöhnerin B., in deren Familie mehrere „Lungenkranke" waren, wurde bereits vor längerer Zeit wegen Adnextumor operiert, ohne jeden nachteiligen Einfluß; sie war stets eine fleißige, arbeitsame, aber etwas empfindliche Frau. Am 20. XI. 1908 Entfernung der Portio vaginalis uteri in der Hebammenschule. Noch am selben Abend wurde sie unruhig, sprang aus dem Bett, erblickte in den Ärzten ihre Verderber, fürchtete sterben zu müssen. Die Nacht verbrachte sie schlaflos, wollte unbekleidet fortlaufen, flehte kniend um Erbarmen und bat, so lange am Leben bleiben zu können, bis sie ihre Kinder besucht habe. Am 22. wurde Pat. in meine Klinik für Geistes- und Nervenkrankheiten überführt, wo wir gleichgroße gut reagierende Pupillen, Zittern der Zunge, lebhafte Knie- und Achillessehnenreflexe fanden; die Kranke war fieberfrei, perzipierte gut und gab auf Fragen richtige Antworten. Aber die Stimmung war deprimiert, ängstlich, weinerlich; flehte um Vergebung, küßte jedem die Hand. Selbstbeschuldigungen: Jeder verachte sie, sie sei eine schlechte Person, habe viel gesündigt, weil sie mit einem Mitbewohner geschlechtlich verkehrt habe. Sie erzählte, sie sei nach der Operation sehr traurig geworden, hörte Stimmen aus verschiedenen Gegenständen, welchen sie entnahm, daß sie ihr Leben schmählich lassen müsse, und welche ihr Vorwürfe machten, daß sie nicht imstande sei, ihre Kinder zu erziehen. Im weiteren Krankheitsverlauf ist Pat. deprimiert, weinerlich, ernährt sich mangelhaft. Zeitweise bittet sie die Ärzte um Verzeihung, weil sie Böses begangen und häßliche Worte gebraucht habe, und deshalb müsse sie leiden; am besten wäre, wenn sie stürbe, wenigstens müßte sie dann nicht leiden. Vom 22. XII. an beruhigt, wurde Pat. am 27. nach Hause gebracht.

2. Frau Sch., 36 jährig, Buchhaltersgattin; in ihrer Familie kamen mehrere „nervöse" Personen vor. Stets eine ruhige, arbeitsame Frau,



hat drei Kinder geboren, zweimal abortiert, in der letzten Zeit heftige Blutungen, nach welchen sie nervös, reizbar wurde und viel an Kopfschmerzen litt. Wegen hochgradigen Prolapsus uteri wurde am 5. VI. 1906 Totalexstirpation des Uterus per vaginam vorgenommen; unmittelbar danach wurde Pat. reizbar; glatte Wundheilung. Am 10. VI. derartige Steigerung der Erregung, daß Pat. schrie, alles zertrümmerte, weshalb sie am 16. in unsere Klinik übergeführt werden mußte. Bei der Aufnahme normaler Pupillenbefund, lebhafte Kniereflexe, fieberfrei. Pat. ist sehr unruhig, wirft die Kissen umher, greift mit den Händen in die Luft, schlägt gegen die sich Nähernden, ist verwirrt, desorientiert, unzusammenhängende Sprache, verkennt ihre Umgebung, verwechselt die Namen, halluziniert lebhaft. Sie verwahrt sich dagegen, daß man sie Hure und Jüdin nenne. Nimmt die Nahrung nicht an, führt dieselbe wohl zum Munde, spuckt sie aber aus. Am 17. VI. schwach, erschöpft, unruhig, sucht im Bett herum, spricht mit sich selbst, schlägt ihre Umgebung, nimmt keine Nahrung an. Kochsalzinfusion. Am 23. VI. zerreißt sie ihr Hemd, ist sehr unruhig. Im weiteren Krankheitsverlauf muß sie künstlich ernährt werden, nennt die Ärzte „Rindviehdoktoren", welche ihr Blut ausgesogen und ihr einen Steigbügel auf den Kopf gesetzt haben (Schädelmessung); verläßt ihr Bett, hämmert an der Türe. Vom 11. VII. an ißt Pat. von selbst, ist aber verwirrt, erkennt nicht ihre Besucher, schimpft dieselben, singt, schreit, rauft, schläft nicht. Hört die Stimmen ihrer Kinder und der Gespenster, welche ihr durch die Wand zuflüstern, antwortet auf dieselben. Zeitweise neigt sie sich gegen die Öffnung der Heizung, lauscht, fragt, gegen die Zimmerecke gewendet: „Eugen, bist Du hier?" Wirft die von Besuchern gebrachten Trauben denselben an den Kopf. Später geringe Aufhellung, abwechselnd mit Verwirrung und Nahrungsverweigerung, lebhafte Halluzinationen und unzusammenhängende Sprache. Zeitweise blickt sie starr nach einer Richtung, winkt dorthin, dann klettert sie herum. Konversiert mit ihren Kindern und Gespenstern. Einmal bemerkt sie: „Die Gespenster sagen, ich wäre eine Geisterbeschwörerin". Am 2. IX. beschimpft sie ihren Gatten, welcher sie besucht, macht ihm Vorwürfe, daß er eine Geliebte habe. Auf Fragen gibt sie sinnlose Antworten. Am 10. XI. beschimpft sie abermals den Gatten und macht ihm Vorwürfe; ist desorientiert, spuckt viel, zerreißt Kleider und Bettdecke, wickelt ihre Füße in die Fetzen, ist grob, gebraucht triviale Ausdrücke. Am 10. XII. wird sie in eine Irrenanstalt übergeführt, wo sie stets verwirrt war, später entwickelten sich Erscheinungen von Demenz, und Pat. ist noch derzeit, nach 6½ Jahren, in der Anstalt.

3. Die Eltern der 53 jährigen beschäftigunglosen Esther M. sind in hohem Alter gestorben, keine neuropathische Belastung, hat angeblich nur an Masern gelitten. Sechs Schulen besucht, war gute Schülerin. Mit 15 Jahren menstruiert, hatte sie ihre Periode regelmäßig bis zum 50. Lebensjahre. Am 21. II. 1910 wurde sie in die Augenklinik aufgenommen, wo



ihr Auge wegen epibulbären Karzinoms entfernt werden sollte; schon damals hatte sie große Angst, daß ihr ein Unheil zustoßen werde. Am 23. II. Enukleation des Auges. Die Operation verlief glatt, danach fieberfrei und vollkommen ruhig. Am fünften Tage nach der Operation trat Unruhe auf, Pat. wurde verwirrt, klagte, daß man sie umbringen wolle. Sie hörte, daß Kranke und Pflegepersonal über sie Verschiedenes sprachen, sie eine Bettlerin schimpften, auch sagten die Leute, daß Pat. weder Mann noch Kinder habe, deshalb sei an ihrem Tode nichts gelegen. Auch drohte man ihr, in Kopf und Augen Spiritus zu schütten und sie so in das Museum zu geben; sie fürchtete, daß man sie quälen, zusammenpressen und dressieren werde. Aus diesem Grunde weinte und klagte sie. Am 3. III. wurde sie wegen Verwirrtheit in die psychiatrische Klinik übergeführt, wo außer den Folgen der Operation keinerlei besondere somatische Veränderungen gefunden wurden. Hier hat sie bloß am Tage der Aufnahme Stimmen gehört; eine Frau hat ihr gesagt: „Ich erschlage Dich wie eine Sau, und mache aus Dir Hackefleisch". Anfänglich war Pat. etwas mißtrauisch und gehemmt, aber bereits am 5. III. vollkommen komponiert, ohne Halluzinationen. Pat. erwies sich als vollkommen ruhig, perzipierte gut, gab zusammenhängende sinnfällige Antworten erzählte ihre persönlichen Daten und die Vorgeschichte ihrer Krankheit in tadelloser Weise, war in jeder Beziehung orientiert. Intelligenz und Kenntnisse ihrer Bildung und gesellschaftlichen Stellung entsprechend: benahm sich auch weiterhin ruhig und zuvorkommend. Am 15. III. *geheilt* entlassen.

4. Die Mutter der 42 jährigen Kaufmannsfrau L. starb plötzlich an einem „Gehirnleiden", Vater gesund; ein Cousin väterlicherseits leidet an „Herzkrämpfen" (Epilepsie). Sie selbst hat sechs Volksschulklassen besucht, erste Menstruation mit 15 Jahren, hatte ihre Periode regelmäßig, heiratete mit 25 Jahren, hat sechs Kinder geboren und zweimal abortiert. Nach fünfmonatigen Blutungen wurde ihr am 20. I. 1910 der karzinomatöse Uterus per vaginam entfernt. Nach Angabe ihrer Angehörigen hatte sie am 29. viele Besucher, was sie sehr aufregte; namentlich die Bemerkung eines Angehörigen, daß sie nunmehr keine fromme Jüdin sein könne, weil sie keine Gebärmutter habe, habe sie überaus irritiert. Am nächsten Tage wurde die Kranke aufgeregt und verwirrt, sprach viel, lärmte, so daß sie im Krankenhause nicht verbleiben konnte und in die psychiatrische Klinik überführt werden mußte. Pat. mäßig entwickelt, abgemagert, Pupillen auf Licht und Akkomodation gut reagierend; Hände und die stark belegte Zunge zittern; die sichtbaren Schleimhäute blaß, die Kranke scheint stark erschöpft zu sein. Kein Fieber. In hohem Grade unruhig, verwirrt, agitiert, klettert fortwährend herum, macht mit den Händen abweisende Bewegungen, stößt die sich Nähernden weg, kost dann die Pflegerinnen und Mitkranken, will sie küssen, betastet die Möbel und Fenster, will alles ordnen und reinmachen. Im Bett will

sie nicht verbleiben, steht sofort auf. Spricht immer, Sprache inkohärent, assoziiert die gehörten Worte. Spricht die deutsche und ungarische Sprache mit jüdischem Jargon. Ihre Aufmerksamkeit kann nicht an einen Gegenstand gebunden werden, sie ist zeitlich und örtlich desorientiert. Erblickt in der Umgebung ihre Angehörigen und spricht dieselben als solche an. Halluziniert lebhaft, wendet sich manchmal nach einer bestimmten Richtung, spricht dorthin und gestikuliert. Nachts ist sie schlaflos und klettert herum. Mangelhafte Nahrungsaufnahme, feste Speisen nimmt sie überhaupt nicht an, die Milch nimmt sie in den Mund, spült sich aber mit derselben den Mund aus und schluckt sie erst nach langem Zureden; dann wieder verweigert sie die Annahme der Milch, weil in derselben Karbol sei. Mit verwirrtem morosen Gesichtsausdruck sagt sie bei einer Gelegenheit (Stenogramm): „Wir sind in Pest, ich bin in Budapest, im Dreck ist etwas, ich bin Jüdin, orthodox koscher, nicht uns dort, wo Du bist, wir haben kein Telefon, ich sage es nicht, also wo ist die Obermadam". „Ich sage, daß Ihr zerspringen sollt, wenn die Doktoren draußen sind, sage ich es. Ich bin kein Grab, ich werde es Euch zeigen, wer das Grab ist. Das wird Dir etwas vorbellen." Auch im weiteren Krankheitsverlauf ist sie verwirrt, ständig unruhig, will aus dem Dauerbade hinaus. Nachts stört und weckt sie die Mitkranken auf. Spült sich den Mund aus, weil man in ihre Milch Karbol gegeben habe. Am 15. II. ist sie etwas ruhiger, verbleibt im Dauerbade, gefragt erwacht sie für kurze Zeit wie aus einem Traumzustand. Den Arzt spricht sie als „Herr Doktor" oder als „Mein Josefchen" (Name ihres Vetters) an. Wenn sie einige Zeit vernünftige Antworten gibt, ermüdet sie rasch. Als ihr Oheim, welcher Arzt ist, sie besucht, zeigt sie anfangs Interesse für ihr Heim, wird aber dann rasch verwirrter. Am 20. II. klagt sie über Ohrenschmerzen, weil ihr während des Bades ein Hase in das Ohr gekrochen sei. Am 24. II. etwas ruhiger, zeigt einiges Interesse, behält die Namen der Ärzte und Pfleger. Appetit und Schlaf zufriedenstellend, hat 3,5 Kilogramm zugenommen. Wird am 27. II. in die Abteilung für ruhige Kranke versetzt. Dort erzählt sie, daß sie bei ihrer Einbringung in die Klinik krank gewesen sei, verschiedene Gestalten gesehen habe, welche ihre Angst einflößten; so habe sie Leichen auf der Diele gesehen, aus welchen dann lebende Gestalten geworden seien. Auch Worte habe sie gehört, welche sie bedrohten, erschreckten und verspotteten und ihr häßliche Dinge zuriefen. Auch Gottes Stimme habe sie gehört. In der Milch verspürte sie einen bitteren Geschmack, und glaubte, man habe ihr Karbol hineingeschüttet. Den Direktor der Klinik hielt sie für ihren Oheim. Aber einzelner Geschehnisse kann sie sich nicht entsinnen. Am 1. III. erzählt sie, daß sie nach der Operation viele Besucher hatte, welche sie aufregten. Am nächsten Tage habe sie bereits Stimmen gehört: Der verstorbene Wunderrabbi sprach zu ihr, tröstete sie und befahl ihr fromm und gut zu sein, sie solle keine Angst haben, denn sie werde doch in den Himmel gelangen. Dann ließ er sie jüdische



Gebete sagen. Auch hat sie ihre verstorbene Mutter gesehen, welche ihr Ratschläge erteilte. Ihre Kinder weinten und riefen sie nach Hause. Ihre verstorbene Mutter sei aus dem Grabe auferstanden. Sie sah, daß ihr jemand die Haube auf den Kopf gab, welche man ihrer Mutter bei der Beerdigung umband. Diese Haube war durch das lange Verweilen unter der Erde bereits ganz gelb geworden. Auch habe sie böse Träume gehabt, wegen welcher sie aufschreckte. Die Sinnestäuschungen hörten langsam auf, Pat. wurde ganz ruhig und geordnet. Bis zum 4. III. hatte sie 7 Kilogramm an Gewicht zugenommen; am 6. wurde sie geheilt entlassen.

5. Aus den anamnestischen Daten der 37 jährigen Landmannsfrau Si... kann keine Belastung festgestellt werden; hat stets normales Betragen aufgewiesen. Im September 1911 verschluckte sie angeblich einen Knochen, seither Schmerzen im Magen und ständige Abmagerung. Wurde am 4. XII. in die chirurgische Klinik aufgenommen, wo ein Magengeschwür diagnostiziert wurde. Am 11. XII. Laparotomie, bei welcher Gelegenheit in der Pylorusgegend ein ausgebreitetes Geschwür gefunden wurde; Gastroenteroanastomosis retrocolica postica, der Pylorus wurde mit starkem Seidenfaden ausgeschaltet, die Bauchwände vernäht. Am 20. XII. wurde die fieberfreie Kranke sehr unruhig und aggressiv. Am nächsten Tage verweigert sie Aufnahme von Speisen und Medikamenten, am darauffolgenden nimmt sie nach langem Zureden etwas Milch zu sich, beruhigt sich auch ein wenig. Am 26. Entfernung der Nähte, Wundheilung per primam. Am 27. abermals unruhig, murmelt sie unverständliche Worte vor sich, reißt sich die Wundränder mit den Fingernägeln auf. Am 30. verweigert sie jede Nahrungsaufnahme, insultiert und bewirft ihre Mitkranken. In der Nacht des 31. XII. lärmt sie, will fliehen. Am 1. I. 1912 vollkommen verwirrt und aggressiv, wird aus diesem Grunde noch am selben Tage in die psychiatrische Klinik eingebracht, wo sie höchst erregt und unruhig ist, schreit, um sich schlägt, kratzt und beißt. Ruft fortwährend: „Diebe, Diebe". Totale Nahrungsverweigerung, muß künstlich ernährt werden. Widersetzt sich einer eingehenden Untersuchung. Auch im weiteren Krankheitsverlaufe ist sie unruhig, halluziniert, sieht Gestalten, spricht verwirrt, fürchtet sich vor jeder Nahrung. Sobald sich jemand nähert, schlüpft sie unter die Bettdecke. Am 16. I. liegt sie ruhiger im Bett; besondere somatische Veränderungen nicht nachweisbar. Am 27. I. ruhig, antwortet aber nicht auf Fragen. Am 1. II. liegt sie wortlos, verkriecht sich unter die Bettdecke. Am 13. II. wortlos, negativistisch. Vom 23. bis 26. Menstruation, nach derselben ruhiger, aber noch passiv. Im weiteren Krankheitsverlauf stets ruhig, spricht nicht, ernährt sich aber regelmäßig und schläft. Im April sukzessive Beruhigung, verläßt die Klinik am 17.

Bei keiner einzigen der weiblichen Kranken war Alkoholgenuß nachzuweisen.



6. Bei dem 52 jährigen Wagenordner P. und dem 78 jährigen Landmanne Sz. (7.) war die alkoholische Grundlage nicht bloß in der Anamnese, sondern auch in den körperlichen Erscheinungen nachweisbar. Dem P. wurde das linke Bein am 26. XII. 1909 von einem Lastwaggon zertrümmert, weshalb er in die chirurgische Klinik übergeführt wurde, wo ihm am 29. XII. der linke Unterschenkel im unteren Dritteile amputiert wurde. Bereits in der darauffolgenden Nacht begann er zu delirieren, sah viele Ratten und Mäuse. Wurde aus diesem Grunde am nächsten Tage in die psychiatrische Klinik eingebracht, wo wir gleich große, gut reagierende Pupillen, erweiterte oberflächliche Gesichtsgefäße, Zittern der Hände, lebhafte Kniereflexe, empfindliche Magengegend, Lebervergrößerung und starke Schweiße fanden. Pat. ist ängstlich, halluziniert lebhaft: sieht viele Feuerwehrleute, Mädchen, Pferde, lange Eisenbahnzüge, Waggons, Lokomotiven, Frösche, Mäuse, Ratten, Katzen, Hunde, schwarze und rote Schweine, rote Hähne, Käfer. Die Halluzinationen hören in wenigen Tagen auf, und Pat. wird am 8. I. geheilt entlassen.

7. Bei Sz., welcher chronischer Alkoholist ist, wurde am 23. IX. 1910 eine Kataraktoperation vorgenommen; bis 30. war er vollkommen ruhig, wurde dann aufgeregt, benahm sich verwirrt, weshalb er am 1. X. in die psychiatrische Klinik übergeführt werden mußte. Ausgesprochene somatische Erscheinungen des chronischen Alkoholismus; zittert am ganzen Körper, fürchtet eingesperrt zu werden, halluziniert lebhaft, beruhigt sich am nächsten Tage, gibt an, sich in der anderen Klinik im Wirtshause gewähnt zu haben, wurde dann von vielen Leuten angegriffen, welche ihm Schenkel und Füße mit Nadeln stachen und dann bemerkten: „Lassen wir ihn da, es ist ja ohnedies schon spät". Als er in die andere Klinik gebracht wurde, vermeinte er, daß man ihn ermorden wolle. Pat. wird am 10. X. in komponierten Zustand entlassen.

8. Auch der 70 jährige E. genoß geistige Getränke, und wenn er Aufstoßen hatte, tropfte er „Franzbranntwein auf Zucker" und aß diesen. Er wurde am 16. IX. 1911 wegen Glaukom in der Augenklinik operiert, war aber bereits am Nachmittag erregt, schrie, daß ihn die Ärzte vergiften wollten, und drängte unbedingt nach Hause. Er wurde noch am selben Tage in meine Klinik übergeführt. Erweiterte Blutgefäße des Gesichtes, Tremor der Hände und Zunge. Pat. weiß, wo er sich befindet, und daß er operiert wurde; nach der Operation habe man ihm etwas zum Trinken gegeben, was Gift enthielt. Er sah, daß sich die Wärterinnen unzüchtig benahmen, vor seinen Augen geschlechtlich verkehrten, und daß an den Wänden gelbe und rote Kreise hervortraten. Er protestiert lebhaft gegen seine Überführung, weil man mit einem steuerzahlenden Bürger nicht in dieser Weise umgehen darf. Zeitweise schlägt er in humoristische Laune über, gebraucht triviale Ausdrücke. Nachts schläft er nicht, schwitzt, will fortwährend weggehen, fordert seine Entlassung. Am 20. IX. ist er bereits beruhigt, beginnt einzusehen, daß er krank war. Am 22.

erklärt er, sich unordentlich betragen zu haben, und bittet um Verzeihung. Hiernach ist Pat. stets ruhig, erzählt, daß ihm in der Augenklinik nach der Operation der Kopf verbunden wurde und er sich recht elend gefühlt habe. Die Vergiftung war nur eine Einbildung. Pat. verläßt am 24. IX. die Klinik mit seiner Tochter.

Meine Fälle weisen nun darauf hin, daß auf Grund einer entsprechenden Disposition, bei Trinkern auf Grund der Alkoholentziehung, die Operation selbst bloß als auslösendes, unterstützendes Moment wirkt. Bei Frau L. handelte es sich wohl mehr um einen Erschöpfungszustand.

II. Beiträge zu den künstlich hervorgerufenen Halluzinationen. — Die Halluzinationen bilden eines der wichtigsten und häufigsten Symptome der Psychosen; aus diesem Grunde konzentriert sich auf dieselben das ständige Interesse, und hat man über ihre Entstehung mannigfaltige Theorien aufgestellt. Ich verweise an dieser Stelle bloß auf die tiefgehenden und genauen Analysen, welche in den letzten Jahren verschiedene Arbeiten, insbesondere die von *Goldstein* [1]), ferner von *Heveroch* [2]), *Berze* [3]) und *Jasper* [4]) enthalten.

Mit der Frage der Halluzinationen befasse ich mich bereits seit Jahren, namentlich mit dem Einfluß peripherer Reize auf dieselben, und ich habe meine diesbezüglichen Untersuchungsergebnisse zum Teil in ungarischer und in deutscher Sprache [5]) veröffentlicht.

Meine auf die Halluzinationen bezugnehmenden Untersuchungen und Experimente haben mich im allgemeinen zu der Annahme geführt, daß zur Entstehung von Halluzinationen in erster Reihe eine durch mannigfaltige Ursachen hervorgerufene abnorme Aktivität der kortikalen Sinneszentren erforderlich ist, weil nur so die viel-

[1]) *Goldstein*, Zur Theorie der Halluzinationen. Arch. f. Psych. Bd. 44. — Weitere Bemerkungen zur Theorie der Halluzinationen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig. 14. Bd., 4.—5. H.

[2]) *Heveroch*, Zur Theorie der Halluzinationen. Arch. f. Psych. Bd. 47.

[3]) *Berze*, Bemerkungen zur Theorie der Halluzinationen. Arch. f. Psych. Bd. 46.

[4]) *Jasper*, Zur Analyse der Trugwahrnehmungen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig. Bd. 6.

[5]) *Moravcsik*, Künstlich hervorgerufene Halluzinationen. Ztlbl. f. Nervenheilk. u. Psych. Nr. 209.



seitige und fortwährend wechselnde Verwebung von Erinnerungsbildern und Vorstellungen erklärlich ist. Damit aber die Erinnerungsbilder im Bewußtsein den Eindruck eines realen Sinneseindruckes hervorrufen können, ist es erforderlich, daß dieselben mit entsprechenden Bewegungsempfindungen verbunden werden, d. h. daß sie von einem Muskel-(Innervations-)gefühl begleitet sind, welches sich mit der effektiven Wahrnehmung vergesellschaftet und einerseits aus der Einstellung des Sinnesorganes auf den imaginären Reiz, andererseits aus den zur räumlichen und lokalisatorischen Beurteilung erforderlichen veränderten Muskelinnervationsempfindungen und aus den direkten Bewegungsreaktionen der Sinnesorganbezirke auf die Reizeinwirkung entspringt. Das Sinnesorgan wird somit quasi in der Weise eingestellt, als ob es einen äußeren Eindruck aufnehmen müßte. Eine derartige Assoziation der Empfindungs- und Bewegungs-(Muskelgefühls-)Erinnerungsbilder nach den Eindrücken wird durch die bestehende Verbindung fernliegender kortikaler Zentren ermöglicht. So konnte z. B. *Féré* beobachten, daß bei visuellen Sinnestäuschungen die Pupillengröße entsprechend der Entfernung des imaginären Bildes verschieden ist, und daß diese Wahrnehmung von einer Spannung der Gesichtsmuskeln begleitet wird. Bei akustischen Täuschungen entstand eine Spannung in der Ohrmuschel, in den Masseteren und in den Sterno-cleido-mastoidei, was eine eigenartige Hautfalte hervorbrachte, in anderen Fällen zeigten sich artikulierende Bewegungen in der Zunge und den Lippen. Täuschungen des Geruches und des Geschmackes waren von einer Bewegung der Lippen, Zunge und Nasenflügel begleitet, wozu sich in manchen Fällen Salivation gesellen kann. Derartige feinere Muskelspannungen konnte auch ich beobachten. Charakteristisch ist ferner die Äußerung einiger meiner Kranken, daß sie die Töne nicht mit dem Ohre hörten, sondern in der Weise, als ob jemand mit ihrem Mund und ihrer Zunge spräche. Die erwähnte Annahme wird ferner unterstützt von dem Umstand, daß das unter normalen Verhältnissen reproduzierte Erinnerungsbild, wenn es auch auf einer mit Bewegung verbundenen Sinneseinwirkung basiert, nie im aktiven Zustande der Bewegung erscheint, sondern gleich wie beim Kinematogramm nur in einer fixierten Bewegungsphase, es fehlt daher die Lebhaftigkeit, und es erscheint räumlich nicht scharf projiziert. Demgegenüber erblickt der Halluzinierende

sich lebhaft bewegende, handelnde, ihre Stellung verändernde Personen, hört Stimmen aus der Ferne und aus der Nähe, er kann somit lokalisieren. Die Dissoziation des Selbstbewußtseins läßt die Täuschung vollkommen zur Geltung gelangen.

An dieser Stelle möchte ich bloß über einige neuere Beobachtungen berichten, welche den Einfluß peripherer Reize auf die Halluzinationen namentlich bei Trinkern beweisen, und welche auch darlegen, daß in den Halluzinationen einzelner Personen die individuellen Neigungen und Momente der Beschäftigung zum Ausdruck gelangen.

Wie ich in meiner zitierten Arbeit darlegte, haben meine Versuche nicht nur ergeben, daß bei Entstehung der Halluzinationen auch die Reizung peripherer Sinnesorgane den Impuls geben kann, sondern sie unterstützen auch die Annahme, daß das Wesen der Halluzinationen in einer abnormen Funktion der Hirnrinde zu suchen ist. Diese Ansicht wird noch unterstützt durch die Erkenntnis jenes Vorganges, welcher sofort nach Einwirkung des peripheren Reizes beginnt und namentlich dadurch ganz besonders manifest wird, daß unmittelbar nach erfolgter Reizeinwirkung ein in das Gebiet eines anderen Sinnesorganes gehörendes komplexes und in allen seinen Details scharf ausgeprägtes Bild in das Bewußtsein projiziert wird. Beweise für den abnormen, pathologischen Zustand sind: die inadäquate Reaktion auf den einwirkenden Reiz, die nicht entsprechende Reproduktion, die Verfälschung des Urteiles und des Bewußtseins. In diesen Fällen reizt die periphere Einwirkung bloß die in ihrer Tätigkeit pathologisch gestörte Hirnrinde, welche sodann unabhängig von der Qualität des Reizes, welcher als solcher gar nicht verwertet wird, dem Charakter der Krankheitsform entsprechend reagiert.

Wie bei allen ähnlichen, richtete ich auch bei diesen Versuchen mein besonderes Augenmerk darauf, daß die suggestive Beeinflussung der Kranken ausgeschaltet werde, weshalb die Stimmgabel oder die Handharmonika hinter ihrem Rücken zum Tönen gebracht wurde, und zwar entweder ohne jede Bemerkung, oder es wurde gefragt, was der Kranke nun höre, sehe oder empfinde? Anfänglich antworteten die Kranken, daß sie nichts empfänden, sowie aber die Stimmgabel oder Harmonika ertönte, erschienen auch die Halluzinationen, und die Kranken erblickten nicht bloß Tiere, Käfer, Ratten, Mäuse, menschliche und phantastische Gestalten, sondern einzelne sahen auch Ziffern,



Buchstaben, Zahlenreihen, Farben und Blumen. Die einzelnen Reaktionen wurden von meinen Assistenten in aller Ruhe wörtlich notiert.

1. R., 48 jähriger Mühlenarbeiter, wurde am 12. XII. 1908 in die Klinik aufgenommen; hat Wein, Bier, Schnaps stets reichlich genossen. Vor der Aufnahme klagte er einige Tage über Kopfschmerz, wurde am 12. XII. verwirrt, sah seine verstorbene Frau, mit Sensen bewaffnete Männer, Priester, zerschlug die Kompottgläser, wollte seine Tochter vom Korridor hinabwerfen. Starker Tremor der Zunge und Hände. Lebhafte Halluzinationen: sah nachts im Bett armdicke, 30 cm lange Käfer, aus der Wand kletterten Ratten hervor, gegen welche er mit den Beinen schlug, gehörnte Teufel näherten sich ihm, welche die Zunge herausstreckten und Feuer spien, im Bett lag viel Geld herum usw. Diagnose: Delirium tremens. Beim Ertönen der Stimmgabel hinter seinem Ohr erschienen ihm verschiedene Gestalten an der Wand, er nähert sich denselben, will sie erfassen, dann erblickt er einen faustgroßen Knödel, welcher die Größe wechselt und an der Wand herumschwebt. Beim Ertönen der höher gestimmten Stimmgabel erblickt er Geflügel, taubengroße gehörnte Vögel, dann von Hirten geführte Pferde, Schweine, Rinder. Sowie der Ton der Stimmgabel erlischt, verschwinden auch die Gestalten. Ertönt die Harmonika, erblickt er Käfer, dann zwei schwarz gekleidete Frauen, welche sich von der Dielenecke langsam zur Decke erheben, am Boden klettern Tiere mit großen Flügeln herum. Hört die Melodie auf, verkriechen sich die Gestalten unter dem Schranke. Pat. wird am 21. XII. geheilt entlassen.

2. M., 37 jähriger Taglöhner, wird am 1. XI. 1907 aufgenommen. Chronischer Säufer, trinkt täglich Schnaps und 2—3 Liter Wein; bekommt am 28. X. heftige Magenschmerzen, erbricht sich, ist nachts schlaflos, will fortwährend Wanzen und Flöhe von seinem Körper abkehren. Sieht am Morgen Drähte und Nägel an der Wand, dann massenhafte Leute, bekommt Angst, flüchtet vom Hause. Status in der Klinik: Starker Tremor in Händen und Zunge, ist verwirrt, deliriert, sieht Teufel, schwarze Hunde, musizierende Zigeuner, Weiber, kartenspielende Trinker, Eichhörner auf den Bäumen, tanzende Stachelschweine, Wildkatzen, Wanzen von 25 kg Gewicht, schwarze Männer, viel Draht, sucht am Boden herum, macht Bewegungen, als ob er etwas aufheben wollte, behauptet dann, vom Boden Nadeln aufgehoben zu haben, und zählt dieselben auf den Tisch. Als er ruhiger war, wurde hinter seinem Rücken eine Stimmgabel zum Tönen gebracht, worauf er folgendes sagt (Stenogramm): „Menschengestalten drohen, ihre Sohle ist gelb, er kletterte auf den Baum. Es sind Menschen, er geht mit dem Rücken, dem Gesäße nach rückwärts. Leute mit grünem, grauem und gelbem Mantel, der eine verbarg sich. Dort gehen sie herum. Zwei Glasbecher sind dort. Eisen, nein, gelber Draht. Dort sind 300 Kronen, einer ist 57, 0, 8, nein 25. Beim Ohre habe ich eine Wespe (schlägt zum Ohr, um sie zu erschlagen). Dort steht geschrieben: Oberkontrolleur, Verkehrs-Rechnungsrevisor, Oberkontrolleur, Polizei. Da-

hinter steht noch eine Reihe von Namen. Es regnet (zeigt es). Dort ist es schon wieder 73, nein 15, 73, 358, 555, 23, 7, 22, 22 Kronen, nein F." Hört die Stimmgabel auf, schweigt er. Ertönt eine höhere Stimmgabel, sagt er: „Zigarre, Stroh, nein Blei ist darin. Dort ist eine Flasche, eine größere, eine kleinere, ein grünes Paket. Die Haut ist gelb, blau, gelblichgrün und weiß, bewegende Tiere, Bienen sind darinnen. Dort steht schon wieder eine Flasche, eine Maus, nein, ein grüner Frosch, Maus, nein eine Ratte, jetzt gehen sie. Der Stinkige kommt nicht her, jetzt ist er wieder dort, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 Geflügel, welch Geflügel, ich weiß nicht, vielleicht Fasane oder Wildkatzen...."

Auf die Handharmonika reagiert er wie folgt: „Oben sind Vögel, ich sehe eine Maus, einen grünen Vogel, Bienen sind, ich weiß nicht wieviele. Blumen sind auch, einmal eine, einmal zwei, einmal ein Grashalm einmal dreie. Eine Flasche ist, ein Bündel grüner Blumen von gelber Farbe. Zwei Glas Wasser. Eine Maus, ein krepierter Kanarienvogel und zwei lebendige, dann zwei Ratten, fünf Mäuse, jetzt gehen sie auseinander" usw. Wird am 23. XI. geheilt entlassen.

3. Diurnist Sch., leidet ebenfalls an Delirium tremens, erblickt bei der Harmonikamelodie auf dem Boden Kreuzerstücke, dann Briefmarken, will dieselben aufheben. Später sah er am Boden verstreute Akten, von welchen er verschiedene Namen und Zahlen ablas (252, 1536, 1542), erschien dabei ganz gerötet vor Anstrengung. Beim Aufhören der Melodie verschwanden die Visionen.

4. Sehr interessante Halluzinationen hat die Stimmgabel bei dem 42 jährigen Zimmermannmeister Cs. ausgelöst, welcher gleichfalls Trinker war (Schnaps und Rum), am 21. XI. 1906 unter lebhaftem Zittern zu delirieren begann und ruhelos herumkroch. Bei der tieftönenden Stimmgabel sieht er die Wand in gelber Farbe, darauf ziehen Streifen nach oben, es erscheinen schwarze Punkte, dann kleine herabhängende Glockenblumen und Knospen, welche rasch verschwinden, an ihrer Stelle tauchen Tintenkleckse, große Lettern und Worte auf: „Cs. d. Isidor, Serajovic Kasimir". Später fliegen weiße Vögel auf. Bei der Melodie der Harmonika erblickt er folgendes: „Jetzt kommen grüne Punkte als ob es Blumen wären, in der Mitte sind sie rohrförmig, haben aber breite Blätter, welche am Rande ganz weiß sind. Ich sehe eine Art von Wald. Dort stehen große Buchstaben." Beim Aufhören der Melodie bemerkt er: „Jetzt sind die Buchstaben verloren." Beim abermaligen Ertönen: „Jetzt kommt die Kornblume, darunter weiße Rosen, gelbe und weiße, jetzt kommen sie heraus. Unten sind drei Mohnblumen. Jetzt kommt der reine Hafer, jetzt das Korn mit sehr breiten Blättern. Kleine Schneeglöckchen kommen, der Hafer zieht sich hinauf. Unten kommen jetzt die Buchstaben, eine ganz fremdländische Schrift. Unten ist 14 geschrieben. Nun lief es dorthin" (das Harmonium verstummte nämlich). Bei neuerlichem Ertönen: „Nun klettern wieder kleine Blumen heraus, darunter kleine Blumen

mit breiten Blättern. Auch blaue Blumen kommen, eine hohe oleanderförmige, in der Mitte gebeugt. Jetzt blaue und weiße Blumen, die blaue ist niedrig, voll mit Rasen, unten sind weiße Blumen mit hohen Blättern. Ganz oben ein stacheliges Gestrüpp. Ganz kleine gelbe Blumen, die Blätter so breit wie ein Kreuzer, ein wenig Hafer ist darunter und Korn- und Weizensträucher." Entfernt sich geheilt am 17. XII.

Außer den Alkoholisten verwendete ich zu den Versuchen auch andere halluzinierende Kranke, und zwar nicht bloß mit Stimmgabel und Harmonium, sondern auch mit optischen Reizen (z. B. drehte ich mit dem Stroboskop vor ihren Augen verschieden kombinierte Farben, gemalte Gestalten, Soldaten usw.), wobei in einzelnen Fällen die bereits verschwommenen Halluzinationen neuerlich scharf auftraten und ihr Inhalt lebhafter gefärbt erschien. Zumeist lösten eine höher tönende Stimmgabel und grelle Farben eine lebhaftere Reaktion aus.

III. Beiträge zu den Zwangsvorstellungen. — In der Literatur finden wir zahlreiche Formen der Zwangsvorstellungen; sie werden auf der Grundlage einer durch pathologische Ursachen vorbereiteten Empfänglichkeit durch von negativer Stimmung gefärbte äußere Sinneseindrücke, durch verschiedene Organempfindungen direkt oder durch die Rückerinnerung an unlustbetonte Erlebnisse hervorgerufen. Manchmal tauchen sie als dem aktuellen Bewußtseininhalt disparate Erscheinungen auf. Auch können sie sich peinlichen, ängstlichen Gefühlen anschließen oder umgekehrt. Aus dem Kreise meiner Beobachtungen möchte ich einige interessantere Beispiele anführen, welche sowohl wegen ihrer Entwicklung, ihrer besonderen Eigenart, als auch wegen ihres Einflusses auf die Handlungen instruktiv sind.

Bei einem meiner neurasthenischen Patienten hat der Anblick des knöchernen Schädels plötzlich den Gedanken erweckt, er müsse auch so werden, sich deshalb vorerst erschießen. Einem anderen verletzte die zufällig losgegangene Pistole die Hand; von diesem Momente an quälte ihn der Zwangsgedanke, daß die Kugel noch in ihm sei und seinen Knochen zerschmettert habe. Der 50 jährige Beamte N. hat bei einer Gelegenheit ein kleines Kind in der Wiege geschaukelt, und weil dasselbe später an Meningitis erkrankte, quält ihn die Furcht, daß er diese Krankheit durch das Wiegen verursacht habe. Eine hysterische Frau wurde, seitdem ein Hund ihr Kleid erfaßte, von dem ständigen Gedanken gequält, daß sie nun an Rabies erkranken werde, und ihre Angst nahm zu, wenn sie einen Hund erblickte, oder jemand einen solchen streichelte. Beim Erblicken einer





Stecknadel erfaßte sie der Gedanke, die Nadel schlucken zu müssen. Ein degenerierter junger Advokat wurde eines Nachts von Oppressionsgefühlen erfaßt und nach einem wollüstigen Traum fiel ihm ein, daß er sich hiervon nur durch Befriedigung der sexuellen Gelüste befreien könne, und dieser Zwangsgedanke führte ihn zu gehäufter Onanie. Derselbe griff während der Vorbereitungen zum Rigorosum nur angsterfüllt nach dem Buche, und wartete erregt, welches Wort nun bei ihm das Wollustgefühl auslösen werde. Ein anderer meiner Patienten schaukelte beim Schreibtische sitzend mit den Beinen, wobei ihm einfiel, der Stuhl würde umstürzen und er hierbei den Tod finden. So oft er seither einen Stuhl erblickte oder nennen hörte, überkam ihn ein quälendes Angstgefühl, und er untersuchte wiederholt, ob alle vier Stuhlfüße fest am Boden stünden. Ohne diese Vorsichtsmaßregel setzte er sich nie nieder und stand dann noch öfters auf, um nachzusehen, ob er sich nicht geirrt habe. Bei einem anderen Patienten erweckte plötzlicher Magenkrampf den Gedanken, er habe einen Fremdkörper im Magen. Eine lokale Sensation brachte eine hysterische Lehrerin zu dem Gedanken, sie müsse ihr Auge fortwährend im Spiegel untersuchen, und sie fand dasselbe verändert, als Vorzeichen des Wahnsinns. Sie ersuchte mich auch, die Augen ihrer Tochter und ihres Sohnes zu untersuchen, weil sie diese für abnorm halte: trotz vollkommener Beruhigung mußte diese Untersuchung öfters wiederholt werden. Bei einer intelligenten neurasthenischen Dame erweckte eine Akne im Gesichte die Zwangsvorstellung, daß sich aus dieser ein Karzinom entwickeln werde; seither lief sie von einem Arzt zum anderen, ließ sich immer untersuchen, war aber nie zu beruhigen.

Ein übrigens intelligenter Patient hatte die Zwangsvorstellung, daß er jedes Papierstück auf der Straße aufheben und nachforschen mußte, wessen Schrift es enthalte, was es bedeute und aus welcher Zeitung es stamme. Wenn ein Besucher kam, lief er sofort in den Vorraum, um womöglich festzustellen, welcher Schneider den Überrock verfertigt habe. Auf der Straße quälte ihn der Wunsch, den Namen der Vorübergehenden zu erfahren, und er strebte dies mit größtem Raffinement zu erreichen (so z. B. stieß er die Leute geflissentlich an, bat um Verzeihung, stellte sich sofort vor, um so die Erwiderung zu erzwingen). Einmal hörte er zufällig in der Apotheke, daß jemand am anderen Tage nach Amerika zu reisen beabsichtige. Er konnte nicht wiederstehen, den Namen des Betreffenden zu erfragen; als nun der Betreffende eine abweisende Antwort erteilte und sich entfernte, lief er ihm nach, und als der Unbekannte in eine Nebenstraße einbiegend vor seinen Augen verschwand, lief er im höchsten Grade verzweifelt umher. Diese unangenehmen Erscheinungen quälten ihn derart, daß er schließlich auf der Straße nicht mehr zu Boden blickte und auch den Menschen nicht mehr in die Augen sah. Unter dem Einflusse ähnlicher Zwangsvorstellungen erblickte ein anderer Patient einen Milchwagen auf der Straße. Sofort begann er nachzuforschen, aus



welcher Milchwirtschaft der Wagen sei, doch konnte er die Aufschrift des Wagens aus der Ferne nicht entziffern, setzte sich in einen Mietwagen, um nachzufahren. Zufällig stolperte das Pferd, und während dessen verschwand der Milchwagen. Unruhig irrte er hierauf stundenlang auf der Straße umher. Einem anderen intelligenten neurasthenischen Patienten fiel während einer schlaflosen Nacht zufällig Napoleon I. ein. Sofort begann er nachzudenken, wie dessen Eltern hießen und wo er geboren sei. Da er sich nicht entsinnen konnte, wie N.s Großvater geheißen habe, blätterte er vergebens in den ihm zur Verfügung stehenden Büchern. Schließlich fiel ihm ein guter Freund ein, welcher im Rufe großer Belesenheit stand. Er vermochte nicht seiner Zwangsvorstellung zu widerstehen, kleidete sich rasch an, entfernte sich und weckte seinen Freund um 1 Uhr nachts auf, um ihn nach dem Namen von Napoleons Großvater zu fragen.

Ein anderer Neurastheniker konsultierte mich und gab an, daß er auf der Straße öfters stehen bleibe und die Beine auseinander spreize, weil ihm einfalle, sein Ober- und Unterbeinkleid könnte gelöst sein und hinabfallen. Ein Beamter war stets der Meinung, daß eine erblickte Brillantbusennadel gestohlen sei. Aus diesem Grunde insultierte er eines Tages einen ihm begegnenden Fremden. Ein degenerierter neurasthenischer junger Mann gab an, daß, wenn er jemanden auf der Straße oder in Gesellschaft erblicke, ihn das Gefühl überkomme, denselben attakieren zu müssen. Zu Hause verzankte er sich stets ohne Grund mit seinen Eltern und Geschwistern. Der Anblick von Blut regt ihn auf und erweckt in ihm den Zwang, Blut zu vergießen; aus diesem Grunde stach er sich einmal selbst in den Arm.

IV. **Ein Fall von Synästhesie.** — Das im allgemeinen seltenere Symptom der Sekundärempfindungen pflegt zumeist bei degenerierten, neuropsychopathischen oder geisteskranken Personen vorzukommen, tritt aber ausnahmweise auch bei Normalen auf, wie ich dies in einem Falle selbst beobachten konnte.

Bei einem mir befreundeten, hochintelligenten Operateur erweckte der Flötenton das Gefühl der blauen, die Oboe der braunroten, die Metallblasinstrumente der gelben Farbe, das Klingen eines Glases die Empfindung von Hellgrün, ein ganzes Orchester das Gefühl eines Farbengemenges. Bereits in seiner Kindheit berichtete er über die Militärmusik seinen Eltern, daß er grüne, blaue und gelbe Töne gehört habe. Besondere Melodien sind für ihn in einer besonderen Grundfarbe koloriert. Aber, und das betont er ausdrücklich, er sieht nicht diese Farben, sondern empfindet dieselben bloß.

Derselbe erzählte mir, daß vor einer jeden Operation sich das ganze Operationsfeld mit seinen sämtlichen anatomischen Eigentümlichkeiten und topographischen Verhältnissen so klar in seiner Erinnerung aus-



präge, als ob er es vor sich sähe. Dies leitet die in seinen Operationsbeschreibungen sich offenbarende Exaktheit und Plastizität.

V. Geheilte Fälle von Dementia praecox. — Nach der Dementia paralytica ist die Dementia praecox die häufigste psychische Erkrankung (in meiner Klinik sind 29,3% der Fälle progressive Paralyse und 23,5% Dementia praecox), aber vollkommen geheilte Fälle sind nach meiner Erfahrung äußerst selten. Zumeist erblickte ich eine Heilung dann, wenn neben der entsprechenden Disposition eine aus psychischer Überanstrengung entstandene Erschöpfung den unmittelbaren Anlaß zum Ausbruche der Krankheit bot. Ich konnte zwei in diese Kategorie gehörige interessante Fälle beobachten; beide erkrankten unter vollkommen identischen Umständen, und bei beiden äußerte sich als charakteristische Erscheinung neben der allgemeinen Lockerung des Interesses und der Arbeitslust eine partielle Verschärfung derselben nach einer gewissen Richtung.

1. E. H., 20 jähriges Mädchen; Mutter war nervös, Pat. selbst bereits seit Kindheit reizbar und empfindlich, aber zeigte tadellose geistige Entwicklung; im Jahre 1908/9 vieles Nachtwachen mit anstrengender geistiger Arbeit, um im Juni 1909 das Lehrerinnendiplom zu erreichen, was ihr auch gelang. Verbrachte den Sommer am Krankenbette ihrer schwerkranken Mutter, hat dabei sämtliche Phasen der langen Agonie und des Todes mitgemacht. Hierauf wurde sie schlaflos, magerte ab, wobei ihre ganze Persönlichkeit umgewandelt erschien. Vernachlässigte ihre häuslichen Arbeiten, Kleidung, die Pflege der eigenen Person, wurde leicht ablenkbar, war nicht imstande, einer Unterhaltung zu folgen, saß selbstvergessen und traumversunken an einer Stelle, nahm beim Essen die Speisen maschinell auf den Teller, blickte starr vor sich hin, und vergaß zu essen. Aufmerksam gemacht, zuckte sie zusammen, begann wohl zu essen, vermochte aber das Essen in langer Zeit nicht zu beendigen. Auf eingehendes Zureden nahm sie etwas Nahrung, ließ aber dieselbe, wenn möglich, unberührt und lief weg. Wenn sie etwas aus dem Nebenzimmer holen sollte, konnte man ihre Rückkunft nicht abwarten; dort stand sie, ganz vergessen und verloren, an einer Stelle unbeweglich. Auch ihre Toilette besorgte sie langsam, mit bizarren Bewegungen, hielt ein Kleidungsstück lange in der erhobenen Hand. Nach Öffnung des Hahnes der Wasserleitung stand sie lange und ziellos über die Waschschüssel gebeugt, sah starr vor sich hin und bemerkte nicht, daß das Wasser auf den Boden rann. Stundenlang stand sie mit offenem Haar vor dem Spiegel, oder hielt den in das Haar versenkten Kamm unbeweglich. Sie vollführte verschiedene unsinnige Handlungen, ihre Schuhe fand man in der Hut-



schachtel, warf ihre Sachen umher. In unordentlicher Kleidung verließ sie das Haus, blieb auf der Straße oft stundenlang an einer Stelle stehen. Bei einer Gelegenheit stand sie unbeweglich auf dem Geleise der elektrischen Straßenbahn, so daß sie ein Passant vor dem herannahenden Wagen wegreißen mußte. Die katatonischen Erstarrungen haben sich häufig wiederholt, sie ging auf den Fußspitzen, dann wieder schlürfend, grimassierte, schnitt Gesichter. Zu Hause saß sie oft den ganzen Tag unbeweglich, ließ den Urin häufig unter sich, schlief wenig. Die gestellten Fragen perzipierte sie gut, antwortete richtig und konnte sich vor Fremden einige Zeit selbst disziplinieren. In Konzerten folgte sie den Musikstücken mit großer Aufmerksamkeit und konnte über das Gehörte die minutiöseste Aufklärung geben. Alles außer Musik erregte keinerlei Interesse; selbst früher beliebten Familienmitgliedern gegenüber war sie total indifferent. Roborierende Behandlung, Eisenarsenpräparate und Stomachica. Im Sommer 1912 ging sie in Gebirgsgegend, von wo sie nach 2 Monaten mit gutem Appetit und in guter Stimmung zurückkehrte, sämtliche Krankheitserscheinungen bildeten sich zurück, und Pat. unterrichtet seit September 1912 tadellos in wöchentlich 19 Unterrichtsstunden.

2. Ein Fall von anderer Gruppe: Der 23 jährige Rechtshörer B. wurde am 16. XI. 1909 in meiner Klinik aufgenommen. Neuropathische Belastung. Lernte 1908 viel und rauchte auch viele Zigaretten, wurde dann nervös und stand wegen Neurasthenie in Behandlung. Später überkam ihn der Gedanke, die Menschen beobachteten jeden seiner Schritte und kümmerten sich um seine Angelegenheiten. Nach einem flüchtigen Halluzinationsstadium wurde er sehr aufgeregt, hatte nirgends einen Verbleib, ging von einem Kaffeehause in das andere, verließ seine Sachen, so daß er am 18. X. in ein geschlossenes Sanatorium gebracht und von dort in meine Klinik überführt wurde. Außer lebhafteren Kniereflexen und Dermographie keinerlei somatische Veränderungen. Benehmen und Äußerungen sind bizarr, mitunter maniriert. Gibt mit wichtigtuendem Gesichtsausdruck unsinnige Antworten, z. B.: Wie alt sind Sie? „Im Einkindersystem." Wer ist Ihr Vater? „Paul, Béla, Géza oder Pista K." Ihre Mutter? „Terka Brugatyó oder Holdvilág (Mondenschein)". Welches ist Ihre Religion? „Davon gibts viele, ich empfehle mich." Aus dem ruhigsten Benehmen schlägt er in Hypomanie über. Er runzelt die Stirne, grimassiert, dreht sich den Schnurrbart, klatscht mit den Händen auf die Knie, imitiert die Bewegungen der Ärzte. Gebraucht stets triviale, unzüchtige Ausdrücke. Gibt wieder zeitweise ganz verständige Antworten, faßt die Fragen gut und rasch auf. Im weiteren Verlauf wechselt die Hypomanie mit starker Hemmung, sitzt oft stundenlang wortlos und unbeweglich, vollführt dann die unsinnigsten Handlungen. Scham- und Schicklichkeitsgefühl stark abgestumpft, onaniert vor den Mitkranken; darüber befragt, bemerkt er mit ernstem Gesichtsausdruck, daß er Theater spiele und seine Mitkranken unterhalten wolle. Vermengt mit verständigen



Antworten die sinnlosesten. Als er die anamnestischen Daten mit genauer zeitlicher Angabe richtig sagt, gibt er folgende Antworten: Wie alt sind Sie. „48". Was ist dieses Gebäude? „Ein schönes Haus, ein Affenhaus." Warum hat man Sie hergebracht? „Ich hatte in der Umgebung nichts mehr zu essen." Wie befinden Sie sich? „Hier fühle ich mich wohl." Was möchten Sie werden? „Ein im Dreck bohrender Käfer." Die Assoziationsprüfung ergibt die für Dementia praecox charakteristischen Züge (Bizarrheit, Manieriertheit, absichtlich gesuchte Unsinnigkeit, Wortergänzung, Klangassoziation, Wortspiele, grammatische und syntaktische Formationen, rascher Wechsel sinnvoller und sinnloser Reaktionen). Zeitweise negativistisch, maniriert; zieht den Rock verkehrt an, schlägt die Absätze zusammen, antwortet im nächsten Momente gleichgültig. Beim Besuch seiner Schwester vollkommen indifferent. Hört er traurige Ereignisse, stellt er sich, als ob ihn dieselben gar nicht interessierten, macht dann lächelnd triviale Bemerkungen. Bei einer Gelegenheit sagt er in ganz indifferentem Tone: „Napoleon hat fortwährend in Mitgiftangelegenheiten verhandelt, Moskau eingenommen, seine Großmutter gekratzt und dann wieder verhandelt. Lombroso schrieb über ihn, daß er verrückt oder ein Gottseher war." Als er eines Tages sagt, er möchte Kondukteur der elektrischen Straßenbahn werden, begründet er dies damit, daß er dann mit der Elektrischen immer halten könnte. Bei anderer Gelegenheit erwähnt er, er wollte Millionär sein, weil er sich dann Kukukskraut, eine Pendeluhr und einen Luftballon kaufen könnte. Frage: Was tun Sie den ganzen Tag? „Ich kratze meine Hoden." Die Schrift zeigt in charakteristischer Weise die Zerfahrenheit der Gedanken, fügt in bizarrer Weise Worte und Sätze aneinander, unterbricht die Gedanken mit Schriftzeichen, Initialen und mathematischen Formeln, fügt plumpe Zeichnungen hinein. Pat. verändert sich vom 9. V. 1910 an, wird ruhiger und verständiger, bezeugt am 16. bereits Krankheitseinsicht, erzählt, er wäre verwirrt gewesen, habe unzüchtig gesprochen und gehandelt, bittet für all dies um Verzeihung. Er gibt über alle Geschehnisse entsprechende Auskunft, erzählt ausführlich die Anamnese und Umstände seiner Krankheit. Am 17. V. bringt ihn sein Oheim nach Hause. Nach kurzer Erholung bekommt er eine Anstellung im statistischen Bureau, wo er seinen Obliegenheiten pünktlich nachkommt. Heiratet später und benimmt sich in jeder Hinsicht korrekt. Sein Oheim ist mit ihm vollkommen zufrieden und bemerkt an ihm seit seinem Austritt aus der Klinik, also seit 3 Jahren, keine Abnormität.

Mit seinen überwiegend hypomanischen Zügen erinnert dieser Fall an die manische Form des manisch-depressiven Irreseins. Bei dieser jedoch ist die gehobene Stimmung, die motorische Unruhe und die Erregung andauernd, während Wochen und Monaten ständig, höchstens schwankt mitunter die Intensität, und die Kranken sind unermüdlich. Bei der Dementia praecox ist die heitere Stimmung, die Schwatzsucht, Logorrhoe, Verbigeration und Lebhaftigkeit der Mimik und Glieder-



bewegungen von viel kürzerer Dauer und äußert sich in mehreren, von Ruhepausen unterbrochenen Phasen. Die Kranken werden nach einigen Minuten oder Stunden ruhiger, liegen still im Bette oder am Boden, gaffen dann ruhig vor sich, als ob nichts geschehen wäre. Des weiteren geben uns Fingerzeige die übrigen schizophrenischen Erscheinungen und die Tendenz zur karikierten Ausdrucksweise der normalen Denkungs- und Handlungsweise, die Manieriertheit, Affektiertheit, die unerwartete Vermengung tadelloser Äußerungen mit unerwartet sinnlosen (als ob der Kranke zwei Gehirne besäße, ein normales und ein krankhaftes, und bald mit dem einen, bald mit dem anderen dächte), die leichte Dissoziation der psychischen Individualitätsharmonie, die Zerfahrenheit, die Schizophrasie, die Abstumpfung der gemütlichen Sphäre, des Mitfühlens, des Sittlichkeits-, Scham- und Unlustgefühles, ferner der Negativismus, die Stereotypien, katatonische Symptome usw.

VI. Paraphrenische Symbolisierung. — Ich teile vollkommen den Standpunkt *Kraepelins*, wonach von der Paranoia auszuscheiden sind die paranoiden Zustände, und zwar nicht bloß die zur Dementia praecox gehörigen paranoiden Formen, sondern auch diejenigen, welche er unter der Bezeichnung der Paraphrenie zusammenfaßte.

Bei bestimmten Gruppen der Psychosen können der Paranoia ähnliche Wahnbildungen vorkommen, doch entwickeln sich dieselben nicht mit einer solchen langsamen, ausgemessenen Sicherheit, sind auch nicht mit einer solchen Konsequenz in ein System gefaßt, verschmelzen nicht so innig und harmonisch mit der psychischen Individualität, sondern erscheinen bloß mit losen, leicht auflösbaren Fäden an dieselbe gebunden. Wenn auch einzelne ein gewisses System aufweisen, erscheinen sie zumeist ohne jede Vorbereitung unerwartet, plötzlich, und verschwinden wieder. Gewöhnlich entwickeln sie sich in Verbindung mit Halluzinationen und Illusionen, sind entweder vielgestaltig oder verbleiben isoliert ohne besondere Verbindung während der ganzen Krankheitsdauer. Bei den paranoiden Formen werden die Wahnideen von Halluzinationen, aktuellen Wahrnehmungen gebildet und geleitet, bei der Paranoia entstehen sie aber unabhängig von solchen, oder werden sie in die Wahnbildungen einbezogen und gefärbt. Der Paranoiker motiviert alles von seinem Standpunkte aus logisch, der Paranoide tut dies nur illogisch, unvollkommen, mitunter sinnlos, ohne Wahrscheinlichkeit, oder überhaupt nicht. Fernerhin beobachten und erwägen die Paranoiker die Veränderung



der Außenwelt in bezug auf ihre eigene Person namentlich in der ersten Periode längere Zeit hindurch, verschließen diese Beobachtungen in sich, reagieren auf dieselben in zerstreuter Weise, mit Ausweichung, und erst später treten einzelne affektive und Handlungsausbrüche auf in irgendeiner Form des Angriffes oder der Abwehr, während die paranoiden Kranken unter dem Einflusse der auftauchenden Sinnestäuschungen und Wahnideen sofort erregt, in deprimierte oder gehobene Stimmung versetzt, mitteilsam, klagevoll, redselig werden, fordernd auftreten; ihr Benehmen und Handeln steht im Einklange mit den gemachten Erfahrungen, und sie verheimlichen nicht ihre Gefühle; sie sind bestrebt, ihre Gedanken und Pläne unverhüllt, auch in gewalttätiger Weise zu verwirklichen. Dabei kann, insbesondere im Entwicklungsstadium der Demenz, ihre Stimmung und Gebahren mit dem Inhalt der Halluzinationen und Wahnideen inadäquat sein, wobei die Kranken die unangenehmen Stimmen, die Art ihrer Verfolgungen lachend, mit lächelndem Gesichtsausdruck erzählen. Der Paranoiker bewahrt immer die dem aktuellen psychischen Inhalt adäquate expressive Reaktion. Im Gegensatze zu dem Paranoiker versinkt der Paranoide im weiteren Verlaufe der Krankheit mehr und mehr in den Zustand der Passivität. Die Paranoiden übergehen weiter in einen mehr minder ausgesprochenen Grad der Demenz, während die Paranoiker lange Zeit hindurch die formale Unversehrtheit ihrer psychischen Tätigkeit bewahren und bei ihnen der grundbestimmende Einfluß irgendeiner systematisierten Wahnbildung stets nachweisbar ist. Bei der paranoiden Form sind die Wahnbildungen verschroben, abenteuerlich, mystisch, vielgestaltig und oft einander widersprechend, und dies bedingt auch einen rhapsodischen Wechsel der Stimmung und Handlungen. Neben diesen Eigentümlichkeiten unterscheidet sich die Dementia praecox von der Paraphrenie noch in den übrigen charakteristischen Merkmalen der ersteren, wie: Abstumpfung des emotiven, sozialen, Scham- und Ekelgefühles, Manieriertheit, Bizarrheit, Zerfahrenheit des Gedankenganges, rhapsodisches Handeln, Willensstörungen, zeitweise auftauchende Stereotypien, Negativismus, katatone Erscheinungen in eigenartiger Gruppierung. Die Dementia praecox tritt ferner zumeist vor dem 25. Lebensjahre auf, während sich die Paraphrenie zumeist in späterem Alter entwickelt.



Die Paranoiker werden von einer wohl ausgearbeiteten, systematisierten Wahnbildung geleitet, während die Wahnideen der Paranoiden zumeist vielgestaltig sind, leicht wechseln und die durch aktuelle Eindrücke erworbenen die früheren in den Hintergrund drängen. Erscheinen sie isoliert, sind sie nicht gehörig motiviert. Mitunter findet man bei ihnen eine symbolische Deutung der Halluzinationen und beobachteten Erscheinungen, in welcher dann die individuellen Neigungen, Empfindungen und Wahnideen zum Ausdruck gelangen.

1. Bei der 45 jährigen Beamtengattin, Frau H., entstand unter dem Einflusse von Halluzinationen und Illusionen die Wahnbildung, daß sich in der Klinik ausschließlich verkleidete Fürsten und Fürstinnen befänden, selbst Se. Majestät sei hingekommen, um sie zu beobachten; später bemerkte sie verschiedene Zeichen, hörte angenehme und unangenehme, zweideutige Bemerkungen und kam zu der Überzeugung, daß man gegen sie ein Komplott schmiede, daß man etwas mit ihr vorhabe, aber sie wußte nicht, was dies sei. Auch bemerkte sie, daß man bestrebt sei, ihr die Kinder zu entfremden. Als sie am Kopfe der einen Patientin einen Verband sah, begann sie sich zu beschweren, daß man in ihren Krankensaal als Frauen verkleidete Männer gebe. In einzelnen Handlungen erblickte sie unzüchtige Anspielungen. Sie meinte, daß man mit den Mahlzeiten den Koitus bezeichnen wolle, weshalb sie die Speisen zurückwies. Sie behauptete, daß man ihr in der Klinik zweierlei Gifte gebe: „ein psychisches und ein wirkliches Gift“. Später, als ihre Töchter sie besuchten, bemerkte sie, daß das Gesicht derselben dunkel sei, weshalb die Töchter bald sterben würden und bei ihr einen Abschiedsbesuch machten. Von dieser Zeit an war sie niedergeschlagen, deprimiert, stets um ihre Töchter besorgt, hörte deren Stimmen. Mit ängstlicher Stimme klagte sie, daß nun jedermann sie verlassen habe, jeder sei ihr Feind, und man vollführe mit ihr abszöne Handlungen; man erwecke in ihr ein Wollustgefühl, ein Kitzeln in den Genitalien und zwinge sie auf diese Weise, einen Erzherzog zu heiraten. Schließlich werden im Anschlusse an lebhafte Halluzinationen ihre vielgestaltigen Wahnbildungen (Größen-, Verfolgungs-, erotischer und hypochondrischer Wahn) immer bunter und unsinnig verschwommen, wozu sich dann sinnlose, paradoxe Handlungen, Stimmungsschwankungen gesellen, und schließlich tritt sukzessive der geistige Verfall ein.

Im Rahmen der Paraphrenie begegnet man häufig einer symbolischen Deutung der bemerkten Erscheinungen und Halluzinationen, worin die Wahnideen zum Ausdruck gelangen. So bei der eben geschilderten Frau H. der erotische, Grandeur- und Verfolgungszug. Sie behauptete, daß man mit Lettern, Worten und Speisen verschiedene Anspielungen mache, und deshalb wies sie die Speisen zurück. Der Buchstabe „b“ ist zuerst hinauf-, dann hinabgezogen, verschlingt sich dann, was bedeuten will,



daß sich der Mann mit dem Weibe verbindet, vereinigt; das „g" bedeutet „gehe"; das „j" ist der Ausdruck des Erstaunens, bedeutet Empörung; das „l" („el" heißt in ungarischer Sprache „weg") bedeutet weggehen, die Unterbrechung des Verhältnisses und den Weggang; das „r" ist eine doppelte Verschlingung, bedeutet zwei Kinder; das „t" („te" ist gleich mit „Du") heißt: ich verfluche Dich, Du hast es getan; das „v" (Anfangsbuchstabe von „vargabetü" gleichbedeutend mit „Umweg") bedeutet Untreue, hin- und hergehen, nach zwei Seiten gehen; usw. „Szombat" (Sonnabend) bedeutet „szerelem" (Liebe), Rundung des Weibes, Auf- und Abgehen, er braucht nicht das Weib, heiratet sie nicht, denn „bat" bedeutet in französischer Sprache schlagen, hauen, am Sonnabend gibt es Haue. Die Bedeutung des Wortes „lámpa" (Lampe) ist Erstaunen und Gott-mit-Dir. (Die zwei Silben „lám-pa" symbolisiert sie so: „Lám" ist ungarisch ein Ausdruck des Erstaunens, „pa" in der Kindersprache ein Abschiedswort.) „Metélt" (Nudeln) bedeutet jemanden schnitzeln, Schmerz haben. „Germteig" bedeutet den Kranken mit Gewalt heben, größer machen, als er sich einbildet, es zu sein. „Forgácsfánk" (Spritzkrapfen) bedeutet jemanden herumdrehen („forgatni" ungarisch), aus ihm etwas herausbringen, ist auch in Zusammenhang mit der gräflichen Familie Forgács. Wenn man vom Worte „borsó" (Erbse) den ersten Buchstaben wegläßt, entsteht „orsó" (Öhre), bedeutet also jemanden einfädeln, überreden, verheiraten. „Leves" (Suppe) besteht aus zwei Silben: „le" (hinab), d. h. hinabgehen in den Sumpf der Immoralität, und „es" („és" ein Verbindungswort) will heißen eine Verbindung in der Gesellschaft. Die zweite Silbe von „lencse" (Linse) ist „cse" („cseh" gleichbedeutend mit Böhme), dies ist eine Anspielung auf die böhmische Abstammung der Gattin des Thronfolgers, heißt also, daß sie selbst die Frau des Thronfolgers werden möchte. „Tészta" (Mehlspeise) bedeutet „te-ész" (Du-Verstand), d. h. sie soll gescheit sein. „Te-a" (Tee) soll heißen „te Adám" (Du Adam), d. h. sie soll ein Mann werden. Nudeln mit Pflaumenmus bedeutet etwas Schwarzes, Schmutziges, d. h. das, was mit ihr geschieht. „Strudel": sie dehnen und eindrehen, wie einen Strudel. „Rindfleisch": sie sei blöde wie ein Rind. „Kalbfleisch": sie brüllt wie ein Kalb. „Schweinefleisch": die Schweinereien, an welche sie zu denken genötigt ist. „Viz" (Wasser) will heißen „iz" (Geschmack), sie gibt Geschmack, d. h. sie will sich mit dem Manne vereinigen. „Alma" (Apfel) bedeutet einerseits den Reichsapfel, andererseits, daß der Mann ihr den Apfel reicht, was Vereinigung bedeutet. „Kávé" (Kaffee) beginnt mit K, bedeutet somit die Koburger. — Dieselbe Kranke erblickte an der Wand verschiedene Buchstaben, deren jeder eine besondere Bedeutung hat. So das I Irma, das M Mitzi, die Namen ihrer beiden Töchter, das K die Verbindung (kapcsolódás), das N nein (nem), die 8 den König, weil er 80 Jahre alt ist.

2. Mein Patient Sch., welcher unter dem Einflusse von hypochon-

drischen und Verfolgungswahnbildungen stand, verlangt eine Injektion in das Herz hinein, denn er erblickte bei einem Mitkranken eine schwarze Kravatte, woraus er folgerte, daß dieser ihn betrauere. Im Auge der Assistentin wähnte er Tränen zu sehen, was er dahin deutete, daß diese ihn beweine.

VII. Fälle von *Alzheimer*scher Krankheit. — Relativ selten kommt vor die *Alzheimer*sche Krankheit, welche im vorgeschrittenerem Alter auftritt und mit einem langsamen, aber schweren und ausgebreiteten Untergange der kortikalen Nervenelemente einhergeht; die Initialsymptome sind eine Veränderung der Persönlichkeit, Depression und Angstzustände, Wahnbildungen des Bestohlen- und Verfolgtseins, Reizbarkeit, Vergeßlichkeit und körperliche Schwäche, und mit dem sukzessiven Fortschreiten der kortikalen Veränderungen verengt sich ständig der Kreis der psychischen und motorischen Funktionen, die Fähigkeit der Erinnerung und Urteilsbildung nimmt ab, es kommt zu Desorientiertheit, inkoordiniertem Gedankengang, geringeren motorischen Unruhen, Aufregungen und Reizbarkeit, gehobener Stimmung, kindischem Benehmen, später zu schweren Organerscheinungen (Agnosie, sensorische und motorische Aphasie, Paragraphie, Apraxie, Agraphie) und endlich bewegen sich die Kranken unbehilflich, plump und unverständig, murmeln oder sagen mit singendem Tonfall vereinzelte Worte, können trotz erhaltener Bewegungsfähigkeit ohne Hilfe nicht essen. Kürzlich waren zwei derartige Fälle in meiner Klinik, von welchen der eine auch deshalb besonders bemerkenswert ist, weil die Kranke über 4 Jahre in der Klinik weilte und ich Gelegenheit hatte, die sukzessive Entwicklung der Symptome zu beobachten.

1. Frau K., 76 jährig, ehemalige Friseurin, wurde in meiner Klinik am 15. II. 1909 aufgenommen. Der Vater starb mit 80 Jahren, wurde „geisteskrank“ und lebte als solcher 4 Jahre; eines ihrer sechs Geschwister starb an „Gehirnerweichung“. In der Jugend will sie an starken Kopfschmerzen gelitten haben. Ein Kind lebt, ist gesund, das andere starb jung. Die Periode hörte in ihrem 50. Lebensjahre auf. Hatte niemals eine Apoplexie. Ihre jetzige Krankheit begann vor 2 Jahren, 1907. Sie erblickte in jedem einen Feind, war um ihr Hab und Gut sehr besorgt, hielt alles versperrt; auch wurde sie vergeßlich, reizbar und schlaflos, körperlich abgeschwächt, die Hände zitterten und zeitweise sprach sie stotternd. Eine Woche vor der Aufnahme wurde sie höchst unruhig, bedrohte ihre Umgebung mit dem Tode, wenn man ihre gestohlenen Sachen nicht zurückgäbe, begann dann zu weinen, lief auf den Korridor, um sich hinabzustürzen, suchte nachts mit der Kerze im Schranke.



Status bei der Aufnahme: Mäßiger Ernährungszustand, graues, ziemlich gelichtetes Haar, Zähne fehlend, atrophische Alveolarfortsätze, Haut trocken und runzelig. Pupillen verengt, reagieren träge auf Lichteinfall. Kein Unterschied in der trägen Fazialisinnervation. Tremor in Händen und Zunge. Lebhafte Knie- und Trizepsreflexe. Sehr geringe Arteriosklerose. Pat. ist höchst unruhig, klettert herum, sucht überall, verlangt ihre Sachen, weil sie nach Hause muß, wo man sie erwartet. Erinnerung mangelhaft, zeitlich und örtlich desorientiert. Behauptet, 83 jährig zu sein, weiß nicht ihre Wohnung anzugeben, kennt nicht den Ort, wo sie weilt. Sie will dieses schöne Haus nie mehr verlassen, sucht aber im nächsten Momente ihre Kleider. Sie behauptet, Ärzte und Pflegerinnen bereits lange zu kennen, nur entsinnt sie sich nicht ihrer Namen. Sie verspricht, recht bald wiederzukommen und ihre Enkel vorzustellen. Eine zweistellige Zahl ist sie unfähig sich zu merken. Ihre Kenntnisse sind äußerst mangelhaft, was sie selbst konstatiert und mit der „Vergeßlichkeit" begründet. „Oft zerbreche ich mir den Kopf, und es gibt nichts Schlimmeres als dieses, es ist dies die häßlichste Sache, welche Gott gegeben hat." Die Schrift ist stark zitternd; beginnt öfters ihren Namen niederzuschreiben, kommt aber nicht weiter als bis zum Anfangsbuchstaben. Während des Sprechens entsinnt sie sich nicht der Worte, andere verwechselt sie. Nachts schläft sie kaum, klettert herum, zieht die Decken der Mitkranken hinab, sucht zwischen den Kissen, weil sie ihre Sachen nicht finden kann und vermeint, daß jemand dieselben weggenommen hat. 17. II.: Unruhig, greift herum, schimpft, fordert ihre Sachen und Geld. 22. II.: Begrüßt den Arzt mit großer Freude, weil sie ihn bereits seit 8 Tagen nicht gesehen habe, glaubt bereits 3 Jahre in der Klinik zu sein. 26. II.: Nimmt die Kleider ihrer Mitkranken, trägt dieselben den ganzen Tag unter dem Arm. Schlaflos. Ist zeitweise gut gelaunt, heiter, dann wieder moros und stellt immer Anforderungen. Nennt die Pflegerin Mama, den Arzt Sohn. Behauptet, daß die Tücher der in den Garten hinabgehenden Kranken ihr gestohlen wären, klagt, daß sie gänzlich zugrunde gehen müsse, weil man ihr ganzes Hab und Gut wegtrage. Dann wieder klagt sie mit besorgter Stimme, daß sie niemanden mehr habe, alle ihre Angehörigen wären gestorben. Von Anfang Juni an wird sie immer verwirrter, die Sprache unzusammenhängend und sinnlos, lächelt still vor sich, trennt die Knöpfe von ihren Kleidern, kost die Kranken. Im Garten bricht sie kleine Zweige herab, uriniert in das Blumenbeet. Am 21. I. 1910 weint sie bitterlich, daß draußen alles zugrunde geht, alle Leute sind gestorben. 4. II.: Streitsüchtig, rauft mit den Kranken; später klaubt sie alles auf, Stimmung schwankend, wird gemütlich, heiter, dann weint sie wieder. Verwechselt fortwährend die Worte, so daß ihre Sprache kaum mehr zu verstehen ist; später vermengt sie immer mehr unverständliche Worte in ihre Reden: „Eine Ecke, zwei Ecken, Wien, ich war auch in Wien." Als sie während des Gehens umfällt, sagt sie nach



dem Aufstehen: „Ich fall darum zam, zam, zam, weil ich mich nicht tam, tam, tam, gedacht ham, ham, ham.“ Im Laufe des Jahres 1912 hört man nur mehr höchst selten ein verständliches Wort aus ihrem Munde. Sehr oft sagt sie folgendes: „tripa, tara, rita trapa tarara trabi tara“, summt vor sich hin, geht ziellos herum. Zeitweise ist sie erregt, nimmt eine zornige Miene an, droht mit dem Finger, lacht dann wieder blöde. Jeden Unrat hebt sie vom Boden und führt ihn zum Mund. Später steigert sich auch die Apraxie, kann nichts richtig gebrauchen, trinkt wohl aus dem vorgesetzten Glase, essen aber kann sie nicht mehr und muß von den Pflegerinnen gefüttert werden. Den ganzen Tag summt sie lächelnd vor sich hin, wiederholt ununterbrochen folgende sinnlose Worte: „nére, dére, dere, nére.“

Später entwickelte sich bei der Kranken Dekubitus der Kreuzbeingegend, danach Peritonitis, und am 15. VI. 1913 starb sie. Die am nächsten Tage vorgenommene Sektion ergab eine diffuse Leptomeningitis chronica und Pachymeningitis interna haemorrhagica minoris gradus, die Pia war milchig getrübt, das Gehirn selbst zum größten Teile atrophisch. Die Gyri, namentlich am linken Stirn-, Scheitel- und Schläfenlappen, stark geschrumpft, erheben sich mit kammartigem scharfen Rand, die dazwischenliegenden Sulzi sind bedeutend erweitert. Ganz besonders ausgesprochen war die Atrophie in der Inselgegend. Gesamtgewicht des Gehirnes 1010 g. Arteriosklerose nur in geringem Grade, hauptsächlich im Verlaufe der Aorta. Das Gehirn wird einer systematischen histologischen Prüfung unterzogen. Die aufgenommenen Photographien veranschaulichen die 1. und 2. Figur auf der folgenden Seite.

2. Der zweite Fall bezieht sich auf den 70 jährigen Zimmermann G., welcher am 26. VIII. 1912 aufgenommen wurde. Hatte niemals eine Apoplexie. Seine Krankheit entwickelte sich unter ähnlichen Erscheinungen, wie im vorigen Falle. Sie begann vor 2 Jahren, erreichte aber noch nicht einen solchen Grad. Status bei der Aufnahme: Haar ergraut, abgemagert, Pupillen gleichgroß, regelmäßig geformt, reagieren gut auf Lichteinfall und Akkomodation. Gebiß lückenhaft. Mäßige Arteriosklerose. Knie- und Achillessehnenreflexe lebhaft, ebenso mechanische Muskelerregbarkeit. Der Gang ist wohl schwerfällig, aber die motorische Fähigkeit der Extremitäten ist erhalten, geht herum, setzt sich, steht auf, hebt die Arme, kleidet sich an, usw. Schwankende Stimmung, zeitweise deprimiert, ängstlich, klagt mit kaum verständlichen Worten, zeigt auf den meteoristischen Bauch, dann wieder lächelt er, macht ein gemütliches Gesicht. Aphasie und Apraxie. Auf Fragen antwortet er wohl einige verständliche Worte, kann sich aber meist nicht ausdrücken. Setzt sich auf den hingestellten Stuhl; gibt man ihm einen Schlüssel in die Hand, schüttelt er die Türklinke, weiß aber nicht, was mit dem Schlüssel anzufangen. Als man ihm die Prozedur des Auf- und Zusperrens gezeigt hat, schüttelt er neuerlich die Klinke, dann den Kopf und sagt: „Oh, oh,



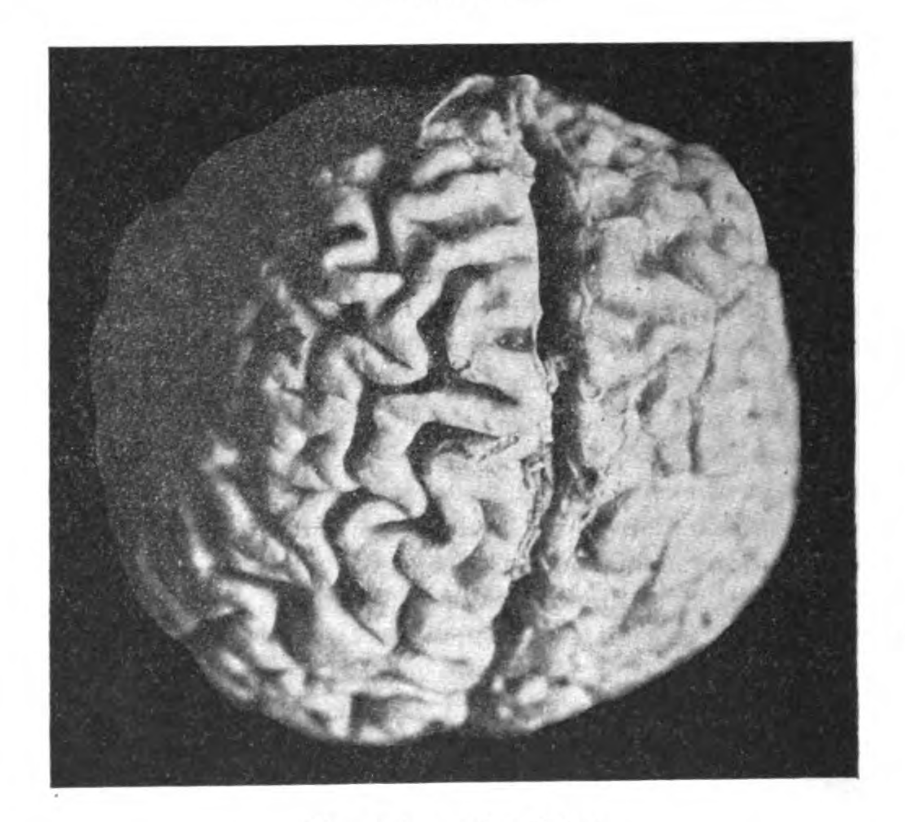


Fig. 1 (s. vorige Seite).

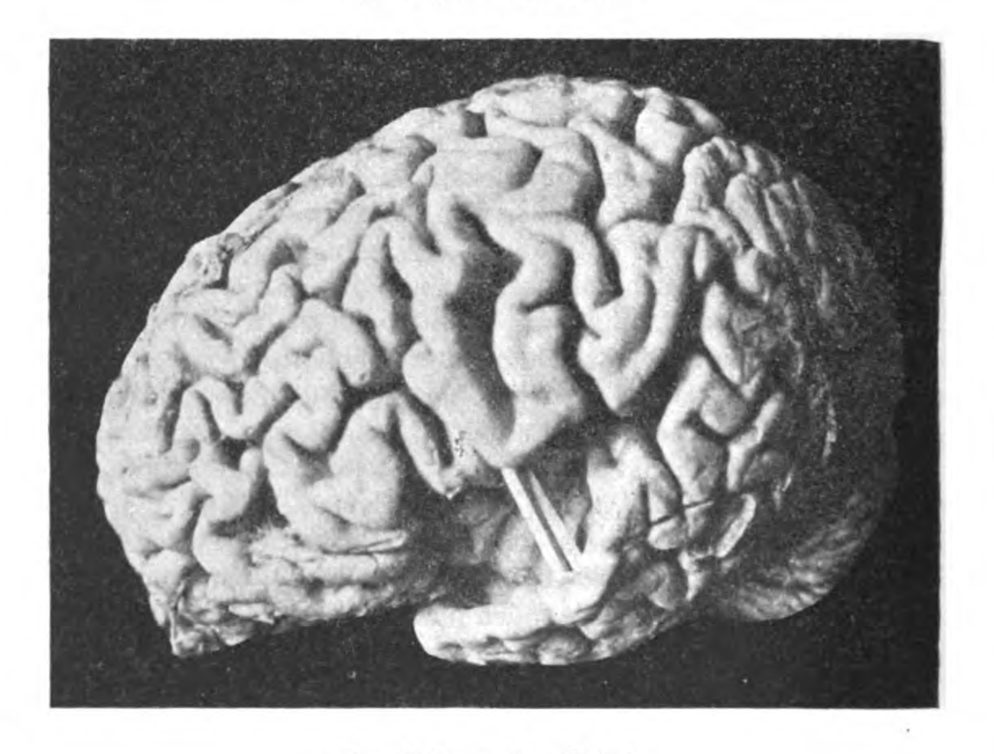


Fig. 2 (s. vorige Seite).

ei, ei." Vor die Lampe gestellt, bemerkt er: „Ja, ja Lampe." Aufgefordert, die Lampe anzuzünden, streckt er die Zunge heraus. Als er eine Kerze anzünden soll, nimmt er ein Streichholz aus der Schachtel, reibt aber dasselbe an die obere Fläche und hält es dann an das untere Ende der Kerze. Die brennende Kerze vermag er auszublasen. Gibt man ihm eine Feder in die Hand, schreibt er mit zitternden Zügen einige kaum leserliche Worte und bemerkt: „Ich kann nicht mehr, ich kann nicht mehr." Aufgefordert, die Schere zu benennen, kann er den Namen auch nach Vorsagen nicht wiederholen und seufzt: „Jaj, jaj, oh Gott, oh mein Gott." Vermag auch seinen Namen nicht zu nennen, aber als man ihm denselben sagt, antwortet er: „Ja bitte, dieser ist es." Sagt häufig: „Belieben?" und „ich weiß nicht, bitte". Zumeist spricht er unverständige Worte: „benebesis, tizenököklös, nadarabas, nanideres, federics." Den geschriebenen Buchstaben P bezeichnet er als „epoz, epesz", beim L sagt er: „Bitte das kenne ich." Auf die Frage nach seinen Namen sagt er „Zimmermann", auf die nach seinem Berufe „Das Kind ist schläfrig." Im weiteren Krankheitsverlauf verengt sich ständig sein psychischer Kreis, geht ziellos herum, läßt seine Exkremente unter sich. Mitunter ist er erregt, zeigt eine zornige Miene, ist dann wieder heiter, lächelt. Pat. ist schlaflos.



Die Frühsymptome der Schizophrenie in ihren Beziehungen zur Kriminalität und Prostitution der Jugendlichen.

Von

Dr. **Helenefriderike Stelzner.**

Wenn die ursprüngliche Bezeichnung der hier zu besprechenden Psychose, die auch nicht gleich als Dementia praecox dem Hirn ihres Erzeugers entsprang, in den letzten Jahren immer weniger angewandt wird und wir statt ihrer den Ausdrücken Katatonie, Hebephrenie, Schizophrenie und anderen das ganze oder ein Teilbild widerspiegelnden Bezeichnungen viel häufiger begegnen, so ist es wohl weniger das Substantiv als das Epitheton, bei dem die meisten Autoren stocken. *Weber* [1]) hat erst kürzlich darauf aufmerksam gemacht, daß gegenwärtig eine weitgehende Unsicherheit bezüglich des Alters, in dem die Erkrankung vorwiegend auftritt, herrscht. Sie kann natürlich praecox sein; aber auch *Kraepelin* legt heute dem Lebensalter keine diagnostische Bedeutung mehr bei und erkennt Spätformen an. In seinen letzten Publikationen [2]) adoptiert er übrigens häufig den von *Bleuler* [3]) geprägten Ausdruck der Schizophrenie. *Cramer* hatte, indem er von Jugendirresein sprach, der Krankheit noch mehr als *Kraepelin* wohl umrissene Altersgrenzen gegeben, und *Ziehen* legte diese beinahe zahlenmäßig fest, wenn er das Auftreten der Psychose nach dem 25. Jahr noch nie beobachtet haben will und Spätfälle zur

[1]) Zur Kenntnis der Katatonie jenseits des 30. Jahres von Dr. *Heinrich Weber*-Primkenau. Wien. klin. Rundsch. 1912, Nr. 7, S. 97.

[2]) z. B. *Kraepelin*, Über paranoide Erkrankungen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. II, S. 617.

[3]) *Bleuler*, Dem. praec. oder Gruppe der Schizophrenie. Aschaffenburgs Handbuch der Psychiatrie. Spez. Teil. IV. Abschnitt.



sekundären Demenz rechnet. *Kahlbaum*, *Stransky* und *Mendel* lassen die Altersfrage offen. Gelegentliche kasuistische Publikationen anderer Autoren, die eine beobachtete Schizophrenie wegen des späten Ausbruchs der Psychose als eine Zwischenform bezeichnen, deuten darauf hin, daß es doch häufiger sehr spät einsetzende Fälle gibt. Ich neige allerdings der Ansicht zu, daß noch sehr wenige Psychiater die Anfangsstadien der Krankheit anamnestisch feststellen oder gar selbst beobachten konnten. Das ist für ein Leiden mit derart chronischem Verlauf, mit einem so kaleidoskopisch wechselnden Symptomenkomplex einfach unmöglich. Wer kann bei einer chronischen Tuberkulose sagen, an diesem Tage oder in diesem Monat, ja, kaum in dem und dem Jahre hat sich der erste lebens- und fortpflanzungsfähige Bazillus in einer Lungenkapillare angesiedelt, und die Person ist seitdem als erkrankt zu betrachten. Was wir unter Frühdiagnose, um bei dem Beispiel zu bleiben, der Tuberkulose verstehen, kann unter Umständen das Erkennen eines Prozesses sein, dessen Anfang um Jahre zurückliegt, dessen Herde entstanden, ausheilten und wieder aufbrachen, bei der Schizophrenie aber kann es sich selbst um Jahrzehnte handeln. Alle Beobachter sind darin einig, daß die Krankheit in Schüben verläuft, zwischen denen verhältnismäßig freie Intervalle von bisweilen recht langer Dauer liegen. Es ist also wohl glaubhaft, daß ein Patient im jugendlichen Alter an einem ersten Schub erkrankt, der so leicht ist, daß die Verwechslung mit den Anomalien des Gemüts- und Geisteslebens der Backfisch- und Flegeljahre eine zu naheliegende ist, als daß die Umgebung an einen tiefer liegenden Prozeß denken müßte. Von großer Bedeutung kann die Sache aber werden, wenn kriminalistische Momente hereinspielen, wenn das jugendliche Individuum für eine Handlung verantwortlich gemacht werden soll, deren Triebfeder vielleicht aus krankhaften Zuständen ihren Anreiz bezog oder einer zunächst passageren Urteilslosigkeit entsprang.

Ich gestehe, daß ich bei den Hunderten von Jugendgerichtsuntersuchungen, die ich im Laufe der letzten 4 Jahre vornahm, mich zu mehreren Malen veranlaßt fand, den Verdacht auf Dementia praecox auszusprechen, ohne daß ich in der Lage gewesen wäre, diese Diagnose mit absoluter Sicherheit zu begründen, namentlich wenn die Anamnese wie in solchen Fällen nur zu häufig, eine mangelhafte war. Unter den jugendlichen Rechtsbrechern aller Art männlichen und

weiblichen Geschlechts, ebenso wie unter den minderjährigen Prostituierten finden sich zweifellos eine ganze Reihe — sagen wir — Schizophrenieaspiranten. *Rittershaus*[1]) hat übrigens Ähnliches auch beobachtet und schlägt vor, spätere Erhebungen darüber anzustellen, wie viele der vor das Jugendgericht Zitierten nachträglich an Dementia praecox erkrankten. Dieser Forderung würde wohl am besten entsprochen werden, wenn zunächst einmal alle Jugendlichen mit auffälligen Symptomen, die weder in das Gebiet des primären Schwachsinns, noch rein in das der psychopathischen Konstitutionen (besonders käme Hysterie und hereditäre Degeneration in Frage) fallen, genau notiert und so eingeordnet würden, daß sie dem Gesichtskreis des Beobachters, des Arztes, des Juristen nicht ganz entschwinden. Alle kriminellen Jugendlichen, namentlich auch die Nichtbestraften und die nicht der Fürsorge Überwiesenen im Auge zu behalten, wird ziemlich schwierig sein. Dagegen ließe sich eine kleinere Gruppe, wie oben erwähnt, wohl weiter beobachten. Dem sachverständigen Arzt am Jugendgericht fiele damit die Pflicht zu, solche Individuen auszusondern. Alle von mir selbst beobachteten verdächtigen Symptome habe ich zu dem Zwecke in dieser Arbeit niedergelegt.

Auch *Cramer*[2]) betonte mit Nachdruck, daß die Psychosen, deren Anfänge in die Pubertät hineinreichen (Hebephrenie, originäre Paranoia) meist erst im 16. bis 18. Lebensjahre sicher erkannt werden, daß aber ihre Konflikte mit dem Strafgesetzbuch im 13. bis 15. Jahre schon der Ausdruck der im Gehirn sich entwickelnden pathologischen Verhältnisse sind. Im allgemeinen sind seltsamerweise die moralischen und ethischen Abweichungen des frühen Jugendalters nach Symptomen der Schizophrenie noch recht wenig durchforscht. Zunächst ging eine gewisse Faszination von den Begriffen des angeborenen oder in den frühesten Lebensjahren erworbenen Schwachsinns aus, und die Assoziation zwischen diesem und der jugendlichen Kriminalität verlief bei den meisten Untersuchern in so eingeschliffenen Bahnen, daß man Momente übersah, die entschieden abnorm, zweifellos intellektuell minderwertig und gemütlich seltsam waren, ohne eigentlich schwachsinnig zu sein. Standen Affektkrisen im Vordergrund, so

[1]) *Rittershaus*, Frühsymptome der Dementia praecox. Zeitschr. f. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinns Bd. 5, H. 3—5, 1912.

[2]) *Cramer*, Gerichtliche Psychiatrie. Jena 1908, 4. Aufl.



war die Diagnose psychopathische Konstitution mit oder ohne Debilität zunächst sicher nicht falsch. Trotz des ungeteilten Interesses, das der Dementia praecox entgegengebracht wurde, versäumte man es vielfach ihren allerfrühsten Symptomen nachzugehen, und während uns ausgezeichnete Methoden zur Erforschung des jugendlichen Schwachsinns zu Gebote stehen — ich erinnere an *Ziehen*[1]), *Binet* und *Simon*[2]), *F. Kramer*[3]) u. a. — sind die Wege, um schizophrene Momente herauszufinden, doch noch recht wenig gebahnt und noch weniger betreten. *Masselon* und *Ebbinghaus* geben doch nur in vorgeschritteneren Stadien sichere Resultate.

Zum Beweis dafür, wie wenig der Begriff der Dem. hebephrenica oder allgemein der Schizophrenie noch in die Jugendforschung hinein getragen wurde, führe ich an, daß z. B. *Gruhle*[4]) in seiner Arbeit von so tiefer Schürfung die Dem. praecox als Ursache der Kriminalität gar nicht erwähnt, obwohl unter den 105 auf 167 enggedruckten Seiten behandelten Lebensläufen sich wohl der eine und der andere befindet, der jener Erkrankung zweifellos zusteuert. *Gruhles* Diagnosen, falls es sich um krankhaft Veranlagte handelt, lauten: „Schwachsinn, hysterischer Charakter und auffallender Charakter", worunter sich ja mancherlei verbergen kann, und einmal Fall F. Z. „Periodische Geistesstörungen, die sich schwer genau diagnostizieren lassen". Ich füge aus dem Lebenslauf dieses F. Z. die hier interessierenden Züge auf: „Er lernte mittelmäßig, aber gern und schwänzte nie. Nach Schulbesuch hat er von Ostern 1904 bis Dezember 1906 15 Dienststellen gehabt. An zwei Stellen ging er weg, weil ihm nach seiner Behauptung der Dienstherr zu aufgeregt war. Im Herbst 1906 geriet er in schlechte Gesellschaft und ließ sich vier Straftaten zuschulden kommen (Diebstahl eines Rades usw., Fundunterschlagung, Hausfriedensbruch, Bettelei). Er sei leicht aufgeregt, könne es sehr schwer vertragen, wenn ihn jemand necke oder ärgere. In der Erziehungsanstalt war er in der ersten Zeit seines Dortseins heiter, fröhlich und zutraulich, zeigte viel Interessen und redete überall hinein. Das ging vom März bis August. Dann schlug seine Stimmung ohne ersichtlichen Grund plötzlich um. Er wurde schwermütig und gedrückt, sprach beim Aufrufen in der Religionsstunde gar nichts oder Dummes, erschien plötzlich blöde, ja schwach-

[1]) *Ziehen*, Prinzipien und Methoden der Intelligenzprüfung. Berlin 1908.

[2]) *Binet* und *Simon*, Le développement de l'intelligence chez les enfants. L'année psychol. T. XIV, p. 1.

[3]) *Franz Kramer*, Intelligenzprüfungen an abnormen Kindern. Monatschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 33, H. 6, 1913.

[4]) *Hans W. Gruhle*, Ursachen der jugendlichen Verwahrlosung und Kriminalität. Heidelberg 1912.



sinnig (Bericht des Anstaltpfarrers)." *Gruhle* gibt über seine eigene Untersuchung folgenden Bericht: „M. macht bei der Unterhaltung einen aufgeregten Eindruck. Er rückt unruhig umher, sieht sich im Zimmer um, atmet unregelmäßig und tief und schwitzt deutlich. Er faßt gehörig auf, reagiert schnell, aber oft überstürzt und dann falsch. Seine Begabung, sein Denkvermögen erscheint gut, sein Wissen gehörig. Er äußert auch mancherlei nicht Erfragtes, beteuert seine Besserung, ist redselig, vielleicht sogar etwas zudringlich. Er hat klare Einsicht für seine krankhaften Störungen und datiert sie einerseits auf ein Nasenleiden, andererseits von einem Fall auf den Kopf im Alter von 14 Jahren mit etwa 10 Minuten währendem Bewußtseinsverlust."

G. selbst nimmt eine periodische Geistesstörung an entweder als Folge eines Traumas oder als Äußerungen einer zyklothymischen Veranlagung. Zu dem Bilde der Zyklothymie gesellen sich nun einige nicht zu dieser gehörige Störungen, sofern wir die Zyklothymie nicht als Einleitungsstadium der Hebephrenie betrachten wollen. Er leidet an Schlaflosigkeit und ist im Gefängnis mehrmals in der Nacht aufgestanden und hat im Finstern versucht Düten zu kleben. Er erscheint dem Anstaltsgeistlichen plötzlich blöde und schwachsinnig. Dem Arzt gegenüber ist er redselig, fast zudringlich. Auch die Mutter berichtet, er habe zeitweilig Erregungszustände mit Schlaflosigkeit, Widerspenstigkeit und Neigung zum Zerstören von Gegenständen gezeigt.

Wir haben demnach ein manisch-depressives Bild mit einigen bizarren Handlungen (nachts aufstehen und im Finstern Düten kleben) und Äußerungen (der Dienstherr sei ihm zu aufgeregt), ferner eine gewissermaßen als Schub einsetzende Intelligenzminderung (Urteil des Pastors), kurz Symptome, die keiner anderen Erkrankung als der Dementia praecox zugehören können.

Scholz [1]), der sein Werk „Anomale Kinder" hauptsächlich für ein ärztliches Laienpublikum schrieb, für Eltern, Lehrer und Erzieher, hat nur einige Seiten in dem Abschnitt „Die Störungen in der Pubertätszeit" übrig, um das Wesen der Hebephrenie zu erklären, in der richtigen Voraussetzung, daß sie noch nicht populär genug ist, um breite Massen zu interessieren. — *Heller* [2]) deutet in seinem umfangreichen Buche über Heilpädagogik Dementia praecox bezw. Hebephrenie auch nur an und zitiert einige anderen Autoren entlehnte Beispiele. Einige interessante Hinweise vom Standpunkt des Zuchthauspsychiaters gibt *Heinicke* [3]) in seiner lesenswerten Arbeit. Ich selbst hatte in meiner Monographie über psychopathische Konstitutionen noch nicht den Mut, die Momente, die mir

[1]) *L. Scholz*, Anomale Kinder. Berlin, S. Karger, 1911.

[2]) Dr. phil. *Theodor Heller*, Grundriß der Heilpädagogik. Leipzig, Wilh. Engelmann, 1912.

[3]) *W. Heinicke*, Über die Anfänge geistiger Störungen bei Strafgefangenen. Monatschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. Jahrg. 8.



als Frühstadien der Hebephrenie imponierten, zu publizieren[1]), ehe ich Verlauf und Ausgang weiter verfolgt hatte, um die Diagnose mit Sicherheit stellen oder ausschließen zu können, obwohl viele Lebensläufe minderjähriger Prostituierten und Rechtsbrecherinnen Fingerzeige nach jener Richtung boten.

Es bleibt das unbestrittene Verdienst *Wilmanns* [2]), auf die soziologische Komponente der Dementia praecox, auf die in ihr ruhenden Zusammenhänge mit antisozialem Verhalten und asozialer Lebensführung in seinen Psychosen der Landstreicher hingewiesen zu haben. Indem er die Lebensläufe dieser zum Teil sehr spät in irrenärztliche Beobachtung kommenden Individuen — von den 52 stehen zur Zeit der Beobachtung die 13 Jüngsten im 3. Jahrzehnt, die meisten weit darüber bis zum Alter von 62 Jahren — rückläufig verfolgte, gibt er ausgezeichnete Dokumente zur Kenntnis besonders der soziologischen Symptome, wobei die allerfrühesten allerdings häufig übersehen wurden, indem die Akten naturgemäß zunächst keine psychiatrischen Beobachtungen enthalten. Am besten lernen wir sie aus den Fällen seiner Arbeit kennen, die bereits in jungen Jahren in psychiatrische Behandlung kamen. *Wilmanns* sah seine Untersuchungsobjekte erst in der Irrenanstalt und tastete sich bei jedem einzelnen zurück bis zum Beginn der ersten Zeichen. Ich habe meine Untersuchungen zum größten Teil in der anderen Richtung angestellt, habe den Lebensweg jugendlicher, besonders weiblicher Rechtsbrecher und Prostituierter, die mir durch gewisse Symptome auffällig geworden waren, weiter verfolgt und versucht, die Beziehungen zwischen Schizophrenie und asozialem Verhalten in ihrer Entwicklung zu beobachten. Es ist mir nicht immer gelungen, die Diagnose einwandfrei zu stellen [3]); doch kam es mir nicht so sehr darauf an, als auf den Hinweis, daß schon in sehr jungen Jahren schizophrene Zeichen auftauchen, eine asoziale Lebensführung ein-

---

[1]) *Helenefriderike Stelzner*, Die psychopathischen Konstitutionen und ihre soziologische Bedeutung. S. Karger, Berlin 1911.

[2]) *Wilmanns*, Zur Psychopathologie des Landstreichers. Leipzig 1906.

[3]) Wie schwer dies in manchen selbst jahrelang psychiatrisch beobachteten Fällen ist, hat erst kürzlich *Kutzinski* in einem Vortrag „Differentialdiagnose zwischen Katatonie und Hysterie" im Psych. Verein zu Berlin nachgewiesen (s. diese Ztschr. Bd. 70, S. 859).

leiten, antisoziale Instinkte wecken, dann verschwinden und wieder auftauchen und dem Dasein eine bestimmte Richtung geben können, die nach der Schwelle des Gefängnisses und schließlich des Irrenhauses zielt. Es handelt sich bei meinen Beobachtungen zu gleichen Teilen um einen Beitrag zur Beleuchtung von Frühsymptomen der Hebephrenie und zur Seelenforschung der jugendlichen, besonders weiblichen Antisozialen. Daß eine besondere Immunität des Weibes gegen die neuerdings als Ursache der Dementia praecox angenommene innersekretorische Vergiftung vorliegt, ist nicht anzunehmen; und wenn *Kraepelin* in einer früheren Auflage seines Lehrbuches sagte, daß das männliche Geschlecht dreimal so häufig an Dementia praecox zu erkranken scheine als das weibliche, so schränkt er diese Hypothese in der neuesten Auflage [1]) durch das Untersuchungsergebnis ein, daß erstere im allgemeinen etwas häufiger — unter 1054 Fällen waren 57,4% Männer — an dieser Psychose leiden. So fand auch *Mönkemöller* [2]) unter den 70 geistig nicht normalen Korrigendinnen von 100 untersuchten allein 6 an Dementia praecox erkrankte. Im allgemeinen ist, worauf auch *Gruhle* (a. a. O.) hinweist, die Psychopathologie des antisozialen Weibes noch viel zu wenig studiert und die Zusammenhänge zwischen Kriminalitäts- und Prostitutionsneigung und Schizophrenie bei minderjährigen Mädchen noch ein wenig durchforschtes Gebiet. Dabei ist eins, was sicher auch die prozentuale Verteilung auf die Geschlechter beeinflußt, nicht zu unterschätzen, daß nämlich Fälle von Dementia praecox mit Ausgang in milden Schwachsinn beim Weibe viel leichter übersehen werden als beim Mann, und zwar unabhängig vom sozialen Niveau. Am leichtesten wird sie natürlich bei den Frauen erkannt werden, die um ihre soziale und wirtschaftliche Stellung kämpfen oder an der Spitze großer und komplizierter Haushaltungen stehen, wobei ihre Leistungen dauernd der Kontrolle einer Reihe von Leuten unterliegen. Dagegen ist es jedem Psychiater bekannt, wie weit z. B. die paralytische Verblödung bei Frauen der unteren Stände, die keinem Erwerb nachgehen, gedeihen kann, ohne daß dies der Umgebung auffällig wird. Solange die kleine Haushalts-

[1]) *Kraepelin*, Psychiatrie, 8. (neueste) Aufl. Leipzig 1913.

[2]) *Otto Mönkemöller*, Korrektionsanstalt und Landarmenhaus. Ein soziologischer Beitrag zur Kriminalität und Psychopathologie des Weibes. Leipzig, Barth, 1908.



maschine noch täglich ihre paar kümmerlichen Umdrehungen macht, ahnt niemand etwas von der geistigen Erkrankung der Hausfrau, bis ein gänzlicher Zusammenbruch erfolgt. Ähnlich mögen die Verhältnisse bei der Schizophrenie liegen, und wieviel unerklärliche Handlungen, meist der Hysterie zugeschriebene auffallende Unregelmäßigkeiten, Launen, Verfehlungen, Irrungen der Frauen auch der gebildeten Stände den leichteren Graden dieser Krankheit zufallen, ist noch nicht genügend erforscht. Daß übrigens die asoziale Richtung in allen Kreisen bei der Frau dieselben Wege einschlägt und durch dieselben Neigungen dirigiert wird, war anzunehmen, nur gelangt das Kind der unteren Stände, dem durch das Milieu gesetzte Barrièren fehlen, gleich viel tiefer in den Sumpf. Da mein sonstiges Beobachtungsmaterial den sozial und wirtschaftlich tiefer stehenden Kreisen angehört, kann ich nicht umhin, zum Vergleich die Geschichte einer verblödenden Jugendlichen aus ganz anderen Verhältnissen heranzuziehen:

Ein junges Mädchen von bester Erziehung, sehr schüchtern, fing mit 17 Jahren an, den Herren beim Tanzen ungewöhnliche und unschickliche Avancen zu machen, die gegen ihr bisheriges Benehmen merkwürdig abstachen. Schließlich kompromittierte sie sich, indem sie sich bei einem ihr nur wenig bekannten Offizier brieflich ansagte, abends ihren Eltern heimlich davonlief und beobachtet wurde, wie sie versuchte, in die Wohnung des Betreffenden einzudringen. Die entsetzten Eltern gaben sie in eine strenge Pension, aus der sie „gebessert" nach Hause kam. Nun benahm sie sich soweit zufriedenstellend, galt für ein wenig unintelligent, da sie wenig sprach, fast immer lächelte und nur gelegentlich bei nicht immer passenden Gelegenheiten herauslachte, was ihr in Anbetracht ihrer auffallenden Schönheit nicht allzu hoch angerechnet wurde. Dann trat im Anschluß an einen ihr versagten Bräutigam — die Wahl war eine recht unglückliche gewesen — ein Depressionszustand ein. Nach mehrwöchentlichem Sanatoriumsaufenthalt ging es zu Hause lange Zeit wieder im alten Geleise, ohne daß den Eltern etwas Besonderes auffiel, bis die Dame einen Erregungszustand bekam und nach einer geschlossenen Anstalt verbracht werden mußte, in der sie sich, abgesehen von kurzdauernden Remissionen, mit den untrüglichen Symptomen der Hebephrenie seit vielen Jahren befindet. Das erste bemerkbare Krankheitszeichen war zweifellos das im 17. Jahre beginnende eigentümlich zudringliche und kompromittierende Verhalten gegen die jungen Männer ihrer Umgebung, eine infolge damals auftauchender ethischer Minderungen, vielleicht auch hypomanischer Drängungen sich bemerkbar machende Widerstandslosigkeit gegen das Einsetzen erotischer Empfindungen. Immerhin war sie darnach noch etwa 4 Jahre sozial, nahm, ohne große Fortschritte zu machen, Mal-.

Musik- und Sprachstunden, ging in Gesellschaft, war zwar manchmal „bockig“, aber im allgemeinen lenksam, und niemand beobachtete den geistigen Rückgang. Es muß allerdings bemerkt werden, daß der intelligente Vater nur wenig Zeit hatte, sich um die Familie zu kümmern, daß das Mädchen keine Geschwister hatte und die Mutter gar keine geistige Regsamkeit besaß. Hätte sie durch geistige Arbeit ihr Brot verdienen müssen oder in einem geistig angeregten Kreise gestanden, so wäre ein Versagen in der Arbeit, ein Mangel an Schlagfertigkeit im geselligen Verkehre wohl früher in die Erscheinung getreten.

Die Parallelen aus den Lebensgängen dieses Mädchens und denen der schizophrenen Tochter des Volkes ergeben sich von selbst: 1. Lockerung der ethischen Begriffe in Richtung sexueller Begehrungen, ohne daß Krankheitsverdacht auftaucht, und 2. ein zweifelloses Zurückgehen der intellektuellen Prozesse, das selbst in gebildeten Kreisen nicht besonders auffällig wird. Es besteht in dieser Zeit namentlich für die Mädchen der unteren Stände die große Gefahr aller möglichen Verfehlungen und damit des sozialen Herabsinkens. Wie viele von denen, die früh kriminell werden, der Prostitution zustreben, absolut unerziehbar sind, unbeherrschte Vagabondageneigung zeigen u. a. m., den Anreiz zu diesem Verhalten aus der für die Schizophrenie angenommenen Vergiftung ziehen, wird sich zahlenmäßig erst nachweisen lassen, wenn die anatomischen oder physiologischen Veränderungen in jedem Falle einwandfrei beobachtet und die Fälle damit gegen andere psychisch abnorme Zustände abgegrenzt werden können. Ich mußte mich häufig auf Vermutungen beschränken, zu denen das besondere Verhalten jugendlich asozialer Elemente mich drängte.

Prostitution der jugendlichen Schizophrenen und Fürsorgeerziehung. — Die mir als Hausärztin an einem Fürsorgeerziehungsheim zur Beobachtung unterstehenden weiblichen jugendlichen Angeklagten und Prostituierten eigneten sich insofern gut zum Studium, als es sich um Individuen handelte, die häufig gerade erst strafmündig geworden, also in einer sehr frühen Zeit auf Abwege gelangten, im übrigen vorderhand aber als normal anzusehen waren, jedenfalls zunächst noch keine Symptome zeigten, die Unterbringung in eine Heilanstalt nahegelegt hätten. Sie boten somit sämtlich initiale Fälle dar.



Ich stellte mir die Aufgabe, die Zustands- und Lebensbilder dieser Jugendlichen nach schizophrenen Momenten zu durchforschen, um zunächst eventuellen charakteristischen Frühsymptomen nachzugehen, und besonders um Zusammenhänge zwischen diesen und verbrecherischem, überhaupt asozialem Einschlag herauszufinden, Verhältnisse, die übrigens schwer voneinander zu trennen waren. Für die fürsorgerische und forensische Beurteilung sind die Frühdiagnosen von gleich großer Wichtigkeit. Die Verwechslung mit den Ausschlägen der Pubertäts- oder richtiger der Flegel- und Backfischjahre liegt sehr nahe und die erhaltenen Kräfte der Merkfähigkeit und des Gedächtnisses, die *Bleuler* immer wieder betont, täuschen bei Frühformen nur zu leicht psychische Intaktheit und damit Verantwortlichkeit vor. Die Tatsache, daß Kriminalität des weiblichen Geschlechtes und Prostitution ungemein häufig auf dem Boden abnormer geistiger Veranlagung gedeihen — vielleicht häufiger als beim Mann, da der physiologischen Veranlagung des normalen Weibes die Aktivität auch im Bösen ferner liegt —, ist gerade in den letzten 10 Jahren durch verschiedene auf ausgedehntes Material sich gründende Arbeiten: *Bonhoeffer* [1]), *Mönkemöller* (a. a. O.), *Stelzner* (a. a. O.) u. a. bewiesen worden. Alle diese Untersuchungen haben gezeigt, daß frühes Einsetzen antisozialen Verhaltens ein Indikator für besonders hohe Grade krankhafter seelischer Veranlagung ist. So fand ich unter den minderjährigen Prostituierten, die außerordentlich früh sowohl der Prostitution als auch der Kriminalität und damit der Fürsorgeerziehung zugefallen waren, recht namhafte Prozentzahlen psychopathischer und psychotischer Momente.

Die meisten Untersucher reihen die gefundenen Abweichungen in das Gebiet des Schwachsinns oder irgendeiner Form der psychopathischen Konstitutionen ein. Ein Umblick in der Literatur zeigt, daß die Psyche der Prostituierten im allgemeinen noch recht wenig studiert ist. Wir zitieren noch heute wie vor fast 100 Jahren *Parent-Duchatelet* [2]) als einen der besten Kenner und Beurteiler der geistigen

[1]) *Bonhoeffer*, Zur Kenntnis des großstädtischen Bettel- und Vagabondentums. 2. Beitrag: Prostituierte. Zeitschr. f. d. ges. Strafrechtswissenschaft 1913.

[2]) *Parent-Duchatelet*, De la prostitution dans la ville de Paris considérée sous le rapport de l'Hygiène publique à Paris 1836.



Abnormitäten sich preisgebender Mädchen, obwohl er ein nach Alter, Religion, Rasse und Bodenständigkeit beschränktes und dem unseren sich schwer angliederndes Material behandelt. Er behauptet einmal, daß der Wahnsinn unter ihnen häufiger sei, als man glaubt, und zitiert *Esquirol*, welcher im Zeitraum von 5 Jahren 105 geisteskranke Pariser puellae publicae in der Salpêtrière aufnahm, von denen der größte Teil erst nach dem 25. Lebensjahre, viele sogar erst im 6. und 7. Jahrzehnt psychisch erkrankten. *Parent-Duchatelet* nimmt infolgedessen weniger eine angeborene krankhafte Veranlagung an, sondern glaubt vielmehr, der Wahnsinn sei bei den Prostituierten die Folge der vielen von ihrer Lage unzertrennlichen Leiden, sei ihrer Lebensweise und dem damit verknüpften Elend aller Art zuzuschreiben. Ganz entgegengesetzt behauptet *Tschich*[1]), daß Geisteskrankheit unter den Prostituierten seltener vorkomme als bei anderen Frauen, eine Äußerung, deren Zielrichtung dahin geht, zu beweisen, daß die sexuelle Abstinenz mehr zu Psychosen disponiere als der sexuelle Abusus. *Bonhoeffer* (a. a. O.) wiederum betont, daß sich in der Bevölkerungsschicht der gewerbsmäßigen Bettler, Vagabonden, Verbrecher und Prostituierten psychische Defektzustände in besonderer Häufigkeit ansammeln. Von wirklichen Geisteskrankheiten führt er Hebephrenie und progressive Paralyse mit je 1% an. Unter den mir zur Beobachtung stehenden Mädchen fand ich neben etwa 66% leicht Abnormer jedenfalls eine recht hohe Ziffer — etwa 6% — solcher, die in eine geschlossene Anstalt abgegeben werden mußten. Eine ausführlichere Publikation darüber ist in Aussicht genommen. Es sind sonach nicht nur leicht defekte Individuen, die im frühesten Jugendalter zur Prostitution abbiegen, sondern auch solche, die zu ausgesprochener Geisteskrankheit neigen. Denn daß, wie *Parent-Duchatelet* annimmt, die Schädigungen des Prostitutionslebens die Geisteskrankheiten gezeitigt hätten, ist bei so jugendlichem Material auszuschließen.

Der Gedanke, daß die Schizophrenie sich mehr oder weniger verlarvt, mehr oder weniger deutlich ausgesprochen unter den Psychosen dieser zur Kriminalität und zum lasterhaften Lebenswandel abgeirrten Jugendlichen finde, lag zu nahe, als daß er nicht zu einer Nachprüfung herausgefordert hätte. In den Lebensgängen der Prostituierten im

[1]) *Tschich*, Die Geisteskrankheiten bei Prostituierten. Petersburg 1906.



allgemeinen finden sich so viele Eigentümlichkeiten schizophrenen Charakters, daß unter ihnen a priori eine Reihe derartiger Patienten zu vermuten war. Das ist bisher entschieden zu wenig berücksichtigt worden. Bei der Art der Lebensführung dieser Geschöpfe ist es auch gar nicht so leicht, da dem einzelnen Beurteiler meist nur kurze Teilstücke eines buntbewegten Daseins zur Beobachtung stehen und zunächst der Zufall darüber entscheidet, ob gerade das betreffende Segment, das einem Psychiater zufällt, für Schizophrenie charakteristische Symptome bietet. Es kommt der Mangel an guten objektiven Anamnesen dazu, da die Mädchen entweder aus zerfallenden Familien stammen, oder, wo noch geordnete Verhältnisse bestehen, von ihren Verwandten verstoßen sind. Auch machen die Angehörigen häufig mit Absicht irreführende Mitteilungen; die subjektiven Angaben sind bewußt falsch oder von der krankhaften Veranlagung beeinflußt.

Die verschiedenen Instanzen, denen die Magdalenen der Fürsorgeerziehung gelegentlich unterstehen, Geistliche, Erzieher, Lehrer, Richter, Kontrollärzte, Hausärzte der Fürsorgeheime und in besonderen Fällen Irrenanstaltsärzte sehen sie immer jeder einzelne in je einer bestimmt charakterisierten Daseinsphase, und nach dem jeweiligen Momentbild richtet sich das Urteil, vielleicht sogar die psychiatrische Diagnose, die mit den wechselvollen Bildern der initialen Schizophrenie auch häufig wechselt. Einige Kranken- bzw. Erziehungsgeschichten werden das am besten illustrieren.

A. M., 17 Jahre alt und schon zweimal wegen gewerbsmäßiger Unzucht bestraft, wird in Fürsorgeerziehung gegeben. Es handelt sich um ein, kaum seinem Alter entsprechend entwickeltes graziles Mädchen, das körperlich gesund ist, aber dadurch auffällt, daß es dauernd ein sonderbares törichtes Lächeln zur Schau trägt. Der Nervenstatus ist ohne Besonderheiten. Die Intelligenzprüfung erregt zunächst die Heiterkeit der Untersuchten, und sie antwortet auf alle Fragen, ohne sich zu besinnen: „weiß ich nicht". Bei den schwereren Proben rafft sie sich aber zusammen und liefert namentlich betreffs der gedächtnismäßigen Leistungen überraschend gute Resultate. Ich versehe sie zunächst mit der Diagnose Debilität. Da sie Erziehungsschwierigkeiten machte, vor allem zu keiner geordneten Tätigkeit zu bewegen war, wurde sie nach einigen Wochen nach einer anderen Anstalt verbracht, entlief dort dreimal, blieb das letztemal auf der Straße, wurde von der Sittenpolizei aufgegriffen und wieder auf die mir unterstellte Krankenstation des Fürsorgeheims gegeben. Sie brachte folgendes Führungszeugnis der Anstalt mit: „A. M. hatte



hier besondere Aufsicht nötig, arbeitete nicht, lachte zwecklos und auf Vorhaltungen, schmückte sich mit Lumpen, ging auf die anderen Mädchen los, ruinierte Fensterschlösser usw." Als sie mir wieder vorgestellt wurde, machte sie einen weit ungünstigeren Eindruck als das erstemal. Ihr Gesicht war total zerkratzt. Sie soll stundenlang dasitzen und sich ohne Juckreiz das Gesicht mit den Fingernägeln bearbeiten. Bei der Untersuchung fällt auf, daß sie gelegentlich echopraktische Bewegungen macht, z. B. meine Hantierungen mit Hammer und Hörrohr nachahmt. Als ich sie weiter darauf prüfen wollte, kam ihr das zum Bewußtsein, und nun ahmte sie lachend alles nach. Aufgefordert, mir ihren Lebenslauf aufzuschreiben, lieferte sie folgendes Elaborat, das ich unverkürzt hierhersetze, einmal, weil es, obwohl verhältnismäßig geordnet, doch einige auffällige Züge enthält, die ebensogut manisch als hebephren sein könnten, dann, weil das für viele unserer Magdalenen typische Milieu, aus dem A. M. hervorging, von keiner anderen Feder so meisterlich geschildert werden könnte und gleichzeitig die Hereditätsverhältnisse gut beleuchtet: Die Eltern in Scheidung, die Kinder in allen möglichen Pflegestellen, Vater und Mutter mit anderen im Konkubinat lebend. Aus den Akten ergab sich die Wahrheit des Niedergeschriebenen.

„Ich heiße A. M. Bin geboren am 20. November 1896 zu S. Bin getauft am 14. März 1895 in der Sank Nikolaikirche zu S. Mein Vater Schneidermeister. Als ich 1 Jahr war, machten meine Eltern nach Berlin, dort wohnt Sie noch bis heut. Als ich 4 Jahr alt war, ging uns sehr traurig. Wir gingen in Haus für Obdachlose. Meine Mutter hatte eine Aufwartestelle schon bei meinen Vater, weil der alles Geld vertrank, die wollte Sie nun weiternachgehn, sollte es aber nicht, der Inspecktor sagte: „Wenn Sie die Stelle nicht aufgiebt, kommt sie mit dem grünen Wagen". Da kam meine Mutter nicht wieder, uns ließ Sie im Stich. Wir beide ich und ein Bruder, (mein andren Geschwister waren schon in der Geburt gestorben,) kamen nach's Waisenhaus Wo ich in Plege bei Tagelöhner kam. Dort hatt ich es sehr gut. Meine Mutter holte mich nach einem halben Jahr zurück. Als ich 7 Jahr, kam ich wie die 4 Wochen Ferien bei meiner Tante, als die Zeit um war, sollte ich wieder zu meiner Mutter, aber meine Mutter war wie vom Erdboden verschwunden, da ging meine Tante zum Armvorsteher zu Charlottenburg, der gab mich bei einen Beamten in Plege. Da ging es mir auch gut. Nach einem ½ Jahr holte mich Mutter. Da hatte sie ein Verhältnis mit einem Mann, den ich heute noch nicht leiden kann. Der trank auch bloß er schlug meine Mutter nicht, Sie war ihn sehr gut, arbeiten tat er aber nicht desto mehr meine Mutter, er lag den ganzen Tag lang, und meine Mutter mußt sich quälen von frühen Morgen bis späten Abend. Von 9 Jahr kam ich abermals von meine Mutter fort, weil Sie im Automaten arbeit, und nun erst um 12—1 zu Hause kam, und ich vor die Tür saß und einschlief fremde Leute nahmen mir mit, eines Tages kamen 2 Geheime und die nahmen mir nach der



Wache mit, denn kam ich nach Waisenhaus. Von dort kam ich in Plege bei wohlhabende Bauern, da hatte ich es sehr gut. 2 Jahr blieb ich da. Dann holte mich meine Mutter, und ich habe eine Halbschwester bekommen, die ich verwartet habe. Von 11 Jahre kam ich wieder in Plege zu einem Tischlermeister. Dort hatte ich es sehr gut. 1 Jahr blieb ich da, dann kam ich wieder zu meine Mutter. Von 12 kam ich meine 2ten Schwester in Plege bei einen Schriftsetzer in Neu-Köln bei Berlin, da blieb ich 4 Mt. Dann kam ich wieder zurück nach's Waisenhaus weil mein kl. Schwesterchen so viel Arbeit macht, mir hätte Sie gern behalten, aber wir sollten beide zusammen bleiben. Von dort kamen wir beide zu einem Techniker. Bei den hatten wir nicht gut. Die Frau war faul, dreckig und geizig. Den Tag wo ich kam stand der ganze Küchenschrank u. Tisch voll schmutzigen Geschirr wo schon die Würmer dran krochen. Mein kl. schlug Sie derartig daß die ganz blau wurde. Da war ich nur 4 Monate mein kl. Schst. nur 3 Mt. Dann kam ich zu meine Mutter, dort blieb ich bis zur Einsegnung. Ich bin also in verschiedenen Schulen gewesen, in Z. ging ich in d. I. Kl. in B. wurde ich in der I. Kl. versetz. In N. auch. auch in K. Bloß in Berlin bin ich in d. III. Kl. Confirmiert worden. Ich habe Lesen, Schreiben, Rechnen, Singen, Turnen, Handarbeiten, Zeichnen, Erdkunde, Religion, Geschichte, Raumlehre, u. Naturlehre gelernt. Bin in der III. Kl. Confirmirt Betragen hatte ich immer gut. Wie das andre weiß ich nicht mehr. Ich habe sehr viel gefehlt mein war immer s c h w e r - k r a n k. Ich bin bei Pastor Dkt. Pr. Confirmirt worden, in der Himmelfahrtskirche in Humboldthain. Die Schule war in der Stralsunderstraße. Nach der Einsegnung ging ich in Stellung. Hatte 5 Stellen. Bin auch arbeiten gegangen. Zuletz arbeite ich in Kaffelokal. Das war mir aber so schwer es ging immer bis Nachts 1—2 Dann zog ich bei meine Mutter durfte ich nicht wohnen. Im Mädchenheim fand ich kein Bett. Also gint nach der Friedrichstr., mit Männern, die gaben mir Geld u. Geschenke. Ich trieb also zuletzt Gewerbliche Unzucht. Wieviel Männer ich hatte, weiß ich nicht. Das 1 mal bin ich eingeliefert weil ich ein Strumpf auf offner Straße hoch gezogen. Bin aber wieder entlassen worden. Das 2 mal war wieder dasselbe. Da ich keine feste Wohnung hatte, wurde ich eingeliefert. Und kam nach Fürsorgeerziehung. Ich habe mir vorgenommen e i n o r d e n t l i c h e s und b r a v e s Menschenkind z u w e r d e n. U n d i c h w e r d e e s a u c h. Wo mein Vater weiß ich vor Jahren war er mal ins Irrenhaus. Einmal wie er betrunken war, wollte er meine Mutti totschlagen mit einem S c h e m m e l b e i n, traf unglücklicher Weise mir a n K o p f ich hatte ein großes Loch. Seitdem habe ich i m m e r f u r c h t b a r e K o p f s c h m e r z e n. Einmal wollt mein Mutti mit einen Messer totstecken, und stach meine Mutter in den Kopf. Männer kamen zu hielten ihn fest, wo er jetzt ist weiß ich nicht, aber er ist mindestens schon ganz verkommen. Meine Mutti ist glücklich geschieden. Jetzt kann er andre ärgern. Gott sei



Dank. Jetz ist Schluß mit meinem Lebenslauf, was weiter kommt, weiß ich nicht".

Nach der zweiten Einlieferung traten immer deutlichere Symptome der Hebephrenie hervor. Die Stimmung war ziemlich gleichmäßig. Zu irgendeiner Tätigkeit war sie nicht zu bewegen, schloß sich auch den anderen Mädchen bei Spiel und Arbeit nicht an. Sie saß herum, grimassierte, lächelte oder zerkratzte sich das Gesicht und zerschnitt sinnlos mit einer Schere, was sie irgend erreichen konnte. Vor ihrem Sammeltrieb war nichts sicher, und während sie am Tage nichts tat, hat sie, wahrscheinlich in der Nacht, die bizarresten Handarbeiten angefertigt, die gelegentlich in irgendeinem Winkel des Hauses gefunden wurden, z. B. frische Blumen und Blätter mit tausend künstlichen Stichen in eigentümlichen Mustern auf alte Lumpen genäht u. dgl. m. Schon in der anderen Anstalt hatte sie alles, wie die Erzieherinnen sagten, zusammengestohlen. Nach dem Entweichen daselbst sollte sie des Diebstahls angeklagt werden, denn sie hatte alles mitgenommen, was sie an ihrem Körper unterbringen konnte, von gebrauchten Schuhbürsten bis herauf zu Batistblusen, ohne irgendeine Verwendung dafür zu haben. Ich ließ sie damals mit der Diagnose Dementia praecox nach einer geschlossenen Anstalt bringen, wo sie sich zurzeit noch befindet.

Ihre Delikte bestehen in Gewerbeunzucht und Diebstahl. Wegen des erstgenannten, das in die Zeit vor ihrem Eintritt in die Fürsorgeerziehung fällt, wurde sie zweimal zu je einem Verweis verurteilt. Der Diebstahl der verschiedenen oben erwähnten Dinge wurde infolge meiner Intervention gar nicht forensisch. Wo haben wir nun die ersten Symptome der Schizophrenie zu suchen? Die Zeit von ihrer ersten Einlieferung bis zur Abgabe an die Irrenanstalt umfaßt insgesamt nur 4 Monate. Als sie sich mir das erstemal vorstellte, machte die Krankheit schon deutliche Symptome nach der Richtung des Intelligenzverfalls. Daher meine Diagnose Debilität. In Wirklichkeit litt sie aber an keiner primären Schwachsinnsform, sonst wäre sie nach dem wechselvollen häuslichen und Schulleben, das sie führte, nicht bis zur dritten Klasse einer Berliner Gemeindeschule gekommen, hätte vor allem den Lebenslauf nicht so geschrieben, wie sie es tat. Sie war also auch schon krank, als sie wochenlang ohne feste Wohnung in der Friedrichstraße Herren anlockte und sich die Reate wegen Gewerbeunzucht zuzog. Im Gegensatz zu dem später (S. 117) zitierten Fall E. S. lagen diese ihrer Lebensführung und Entwicklung sehr nahe. Wäre sie ganz gesund, ihr ethisches Empfinden nicht verblaßt, ihr Denken und Fühlen nicht alteriert gewesen, so hätte es vielleicht noch einen anderen Ausweg als den gewählten aus dem Dilemma gegeben, den sie in ihrer Autobiographie so lebendig schildert, und der sie zur bezahlten Prostitution führte. Eine Schwachsinnige pflegt nicht so unbeirrte, wenn auch falsche Konsequenzen zu ziehen. Sie läßt sich treiben, hätte vielleicht versucht, auf einem Boden zu nächtigen, wäre allerdings auch bereit gewesen, sich



einem Verführer zu ergeben, aber nicht dazu, diesen zu suchen. Jedenfalls hätte ein normales Berliner Mädchen immer noch einen anderen Ausweg gewußt. Allerdings muß man in Betracht ziehen, daß ein in solchem Milieu aufgewachsenes Kind wie A. M. vor der Prostitution selbst bei dem Gedanken, daß das Vergehen auch vor dem Gesetze strafbar ist, keine großen Hemmungen mehr zu überwinden hat. Sie wurde als voll verantwortlich angesehen, was sie entschieden damals nicht mehr war, und verurteilt. Als frühestes und erstes Symptom kann wohl gelten, wenn wir den häufigen Stellenwechsel mitheranziehen, daß sie, aus dem letzten Dienste scheidend, gar nicht daran dachte, sich einen anderen zu besorgen, den sie bei der herrschenden Leutenot ohne weiteres bekommen hätte, sondern sich einfach von der Obdachlosigkeit überraschen ließ, was entschieden schon auf einen Mangel an Assoziation deutet. Der Diebstahl ist direkt eine Funktion ihrer Krankheit, eines Symptomes derselben, des Sammeltriebes. Steht dieser im Vordergrund der Erscheinungen, und tritt er als Früh- und Einzelsymptom auf, so mag die Rechtfindung gar nicht so leicht sein und eine falsche Beurteilung des Angeklagten nur zu nahe liegen. In diesem Falle kam es ja zu keiner Anklage, aber es wird sich doch nötig machen, in allen Fällen, wo der Diebstahl den Charakter des unsinnigen Zusammenschleppens trägt, den ganzen Menschen auf schizophrene Symptome nachzuprüfen. Mancher Fall, der unter dem obsolet gewordenen Begriff der Kleptomanie ging, mag hierher gehören.

Interessant ist das Studium der Akten von A. M., aus denen hier eine kurze Zusammenstellung der verschiedenen Urteile über sie folgen möge:

Nach Verlassen der Schule Ostern 1910 hatte sie in einem Jahre sechs verschiedene Dienststellen, wo sie nicht genügte, und wo es ihr nicht gefiel.

1911 ergibt sie sich der Gewerbeunzucht.

16. April 1911 wird deswegen Fürsorgeerziehung ausgesprochen.

24. Mai 1912 Aufnahme im Fürsorgeheim.

Meine psychiatrische Diagnose nach der Aufnahmeuntersuchung: Debilität, obwohl sie im allgemeinen Intelligenzproben gut beantwortete, nur manchmal lachte und nicht weiter wollte.

11. Juni 1912: Zwei Verweise vom Jugendgericht wegen Gewerbeunzucht. Man hielt sie demnach für voll verantwortlich.

16. Juli 1912: Aus anstaltstechnischen Gründen in ein anderes Erziehungsheim gebracht, ist sie dort dreimal entlaufen und dann mit dem oben bereits zitierten Attest nach dem ersten Fürsorgeheim entlassen. In beiden Anstalten wurde sie mehrfach diszipliniert.

31. August 1912: Meine Diagnose nach der zweiten Aufnahmeuntersuchung: Dementia hebephrenica, aber zunächst nicht geschlossener Anstalt bedürftig.

11. September 1912: Zeugnis der erziehenden Schwester: „A. M. hatte versprochen, hier ordentlich zu sein, aber sie zerschnitt sinnlos die Stoffe, die sie bearbeiten sollte, lacht ohne Grund, hat sich wieder das Gesicht zerkratzt, grimassiert viel und ist zu geordneten Arbeiten nicht zu bewegen."

Wenige Tage später wurde sie unruhig und nun nach einer Irrenanstalt gebracht, wo sie sich jetzt noch befindet, und wo man die Diagnose: psychopathische Konstitution mit Imbezilität gestellt hat.

Der Arzt, der sie seinerzeit fürs Jugendgericht untersuchte, hat sie offenbar für normal gehalten, ich zunächst für schwachsinnig, dann für hebephren, welche Diagnose ich beweiskräftig gestützt zu haben glaube, die Irrenanstalt für psychopathisch und imbezill. Die Imbezillität wäre wohl einem bereits eingeleiteten weiteren Zerfallsprozeß zuzuschreiben. Im übrigen ist anzunehmen, daß der in der Fürsorgeanstalt so deutlich in die Erscheinung tretende schizophrene Schub nach Aufnahme in die Irrenanstalt eben abklang und nur noch in der Form psychopathischer Eigentümlichkeiten auftrat. Darauf deuten auch ihre an die erziehende Fürsorgeschwestern gerichteten Briefe, die mit Ausnahme eines in den ersten Tagen ihres Irrenanstaltsaufenthaltes geschriebenen ganz geordnet sind. Dieser erste enthält zunächst zwei sinngemäße Sätze: „Liebe Schwester, was macht Ihre Gesundheit? Ich hoffe, daß es Ihnen gut geht." Ohne Übergang fährt sie fort: „Die Nacht vor dem Heiligen Abend, da liegen die Kinder im Traum." Dann berichtet sie über die anderen Patienten und wieder ganz unvermittelt „Laß Dich von guten Engeln warnen und nicht von bösen Dich umgarnen." Dann schließt sie: „Es wünscht Ihnen einen guten Feierabend. A. M." Es schwebte ihr wohl etwas von Feiertag vor, und Andeutungen einer sprachlichen Kontamination führten zur Anwendung des Wortes Feierabend. Die folgenden Briefe sind bis heute ohne Besonderheiten.

Mit dieser Krankengeschichte, die für gewisse Fälle typisch ist, wäre bewiesen, was ich vorher andeutete. In den Frühstadien der Schizophrenie läßt sich eine sichere Diagnose nur nach genauer Kenntnis längerer Lebensabschnitte und unter Benutzung des aktenmäßigen Materials stellen, das uns die Persönlichkeit in den verschiedenen Reaktionsformen zur Umwelt zeigt. Wenn selbst monatelange Anstaltsbeobachtungen unter Umständen schizophrene Momente bloßzulegen nicht imstande sind, so ist es für den einmal untersuchenden Jugendgerichtsarzt in solchen Fällen fast unmöglich, zur richtigen Diagnose zu gelangen. Bei der ungeheuern Wichtigkeit, gegenüber dem asozialen Verhalten Schizophrener die Rechtfindung zu beeinflussen, ist es bei etwa verdächtigen Zügen unbedingt erforderlich,

gute objektive Anamnesen zu gewinnen und in mehreren Sitzungen zu untersuchen. Nicht ohne Grund wird die Diagnose Hebephrenie oder Dementia praecox oder Schizophrenie so selten von Jugendgerichtsärzten gestellt.

Ich habe schon darauf hingewiesen und durch diesen Fall weiter beleuchtet, wie eng die Beziehungen zwischen der besprochenen Erkrankung und der Prostitution und damit der F E. ist. Genauere Forschungen werden erst zeigen, wie hoch der Prozentsatz der Schizophrenen unter den jugendlichen Magdalenen ist. Wenn *Bonhoeffer* unter 199 Prostituierten aller Altersgruppen deren 2, *Mönkemöller* unter 100 ebensolchen Vagabonden deren 6 fand, so ist die Zahl für die Jugendlichen noch höher anzunehmen, denn ein Teil von ihnen verschwindet aus der Gesamtmasse der Prostituierten und Vagabonden in die Irrenanstalt, ein anderer Teil erreicht kein höheres Alter. Die körperliche Anfälligkeit Schizophrener ist bekannt.

Ich lasse noch einige Fälle folgen, teils wegen der verschiedenartigen psychiatrischen Wertung, die sie erfuhren, teils weil sie die einzelnen Krankheitszüge bei einer bestimmten sozialen und Altersgruppe gut beleuchten.

Cz., 16 Jahre alt, wird mir als Neuaufnahme der F.-E.-A. vorgestellt. Sie war körperlich gesund, machte einen depressiven Eindruck und sprach spontan fast gar nicht. Gelegentlich beantwortete sie Fragen nur durch ein Lächeln, das man fast als arrogant bezeichnen könnte. Das Gesicht zeigte starren, amimischen Ausdruck. Starke Prognathie des Unterkiefers mit Verschiebung der Zahnreihen in horizontaler Richtung verleiht ihr einen kreuzschnäbligen Typus. Es besteht Längsfurchung der Stirn. Die Intelligenz ist hervorragend gut.

Der Vater starb an unbekannter Krankheit, die Mutter, angeblich Paranoikerin mit Wahnvorstellungen religiösen Inhalts, war vor 4 Jahren in geschlossener Anstalt wegen Gemeingefährlichkeit untergebracht, dann als harmlos wieder entlassen worden. Cz. war darnach bei der Mutter allen möglichen Mißhandlungen ausgesetzt; einmal schlug sie ihr das Gesicht blutig, um den Teufel auszutreiben, ein anderes Mal rüstete sie dem Mädchen mitten in der Nacht ein kochend heißes Bad, um den Teufel in ihm zu vernichten, einer Prozedur, der Cz. nur mit Mühe entging. Nach diesen Vorfällen wurde die Mutter wieder in eine Anstalt verbracht, Cz. in eine Pflegestelle gegeben. Die Pflegemutter gibt an, Cz. sei immer ein etwas frühreifes Kind, aber still und stets wahrheitliebend gewesen. Viel später habe sie angefangen zu lügen. Sie kam dann in eine andere Pflegstelle. Die Dame dort gibt an, sie habe sich zunächst gut geführt, dann



wäre sie widerspenstig und unbrauchbar geworden, habe viel gelogen und besonders das nötige Taktgefühl vermissen lassen, indem sie abends, wenn der Pflegevater anch Hause kam, diesem an den Hals flog und ihn abküßte. Sie kam dann in eine Dienststelle zusammen mit einem etwa 30 jährigen Mädchen. Zunächst war die Herrschaft sehr zufrieden; dann fing Cz. an zu lügen. Eines Tages bekam sie von einem verschrobenen viel älteren Verwandten, den sie gar nicht kannte, einen brieflichen Heiratsantrag und erzählte dem anderen Mädchen davon. Als dieses sie am Nachmittag in Gegenwart einer Bekannten in ganz harmloser Weise mit diesem Briefe neckte, lief sie in das gemeinsame Zimmer, nahm sämtliche Schmucksachen des anderen Mädchens und 5 M., warf Uhr, Kette, Armband, Brosche teils in den Abzugsgraben, teils hing sie es beschmutzt auf den Zaun am Hause auf. Als sie bald darnach mit einer Besorgung weggeschickt wurde, kaufte sie sich für 3 M. Süßigkeiten und aß diese sofort auf. Die übrigen 2 M. wurden mit einer Tüte Kleesalz zusammen bei ihr im Strumpf gefunden. Dem anderen Mädchen drohte sie noch, wenn sie nicht täte, was sie wünsche, würde sie ihr in der Nacht das Kleesalz in den Mund schütten, dann wäre sie nicht mehr. Als der Geistliche ihr über diese Dinge Vorhaltungen machte, lachte sie nur.

Bei der mündlichen Verhandlung, die ich mit ihr führte, zeigte sie sich sehr verstockt, lächelte viel wie überlegen, leugnete das meiste aus den Akten Ersehene ab. Das Kleesalz habe sie zum Reinigen von Hüten gekauft. Als das andere Mädchen eines Abends starke Zahnschmerzen hatte und äußerte, sie könne sich gleich vergiften, so arg seien sie, habe sie, um Unheil zu verhüten, das Kleesalz in einen alten Strumpf eingebunden. Von der im Anfang beobachteten Depression ist nichts mehr zu bemerken. Nach ihren Verfehlungen befragt, gibt sie keine Antwort.

In der F.-E.-A. war sie nur ganz kurze Zeit und zeigte dauernd das verstockte und überhebende Wesen.

Dem etwaigen psychiatrischen Gutachter stellen sich eine Reihe schwierig zu bewertender Momente dar.

Die Intelligenz, die eine sehr gute war, schien zunächst, namentlich den Intelligenzprüfungen gegenüber, völlig intakt. — Für ihre Strafhandlungen hatte sie annähernd logische Lügen und Ausreden bei der Hand, soweit es sich um die Drohung mit Vergiftung handelte. Betreffs der Dinge, die ihr nachzuweisen sind, Diebstahl und Sachbeschädigung, gibt sie gar keine Auskunft.

Als pathologisch fällt folgendes auf: Zunächst die zweifellose Wesensveränderung, die mit ihr etwa im 14. Jahre vorging. Die Pflegemutter bezeichnet sie als frühreif, aber still, fleißig und wahrheitliebend; später habe sie viel gelogen. In einer zweiten Pflege benimmt sie sich erst ordentlich, dann ist sie unbrauchbar, widerspenstig, lügenhaft und taktlos. In der letzten Dienststelle scheint sie zunächst sehr brauchbar zu sein, dann lügt sie und begeht eine Handlung, die an die Affekthandlungen



›oshafter Imbeziller erinnert. Zunächst stand der zornige Affekt in gar :einem Verhältnis zu der auslösenden Ursache; denn Cz. gibt selbst zu, las andere Mädchen sei immer sehr gut zu ihr, überhaupt sehr gutmütig, ;ewesen. Auffallend ist auch, daß sie sich gar nicht bemüht, die Spuren hrer Handlung zu verdecken. Der Verdacht mußte sofort auf sie fallen, sowohl was das Verbringen der Schmuckstücke als das Entwenden des Geldes betraf. Wenn der überstarke Affekt bei einem puberalen Individuum gegenüber einer auf erotischem Gebiet liegenden Neckerei noch in physiologischer Breite liegen könnte, so müssen die Äußerungen dieses Affektes doch entschieden gegen das Nochvorhandensein der ursprünglichen Vollintelligenz sprechen. Die Herabminderung der ethischen Gefühlstöne spricht sich in dem Hang zur Lüge, zum Diebstahl in der gewöhnichsten Form aus. Den Drohungen mit Giftmord möchte ich nicht ohne veiteres einen entscheidenden Wert beilegen. Es können ebensogut nur lie renommistischen Spielereien eines Backfisches sein als auch bei der atsächlichen Verwischung der ethischen Begriffe die Gefahr vorlegen, daß die Absicht in die Tat umgesetzt würde. Wenn die iagnose nach der ersten Untersuchung zwischen puberalen Affektchwankungen und den Initialsymptomen der Dementia hebephrenica chwankte, so verwies eine zweite Untersuchung und besonders das Studium er Akten doch ziemlich energisch nach der Hebephrenie, wofür die allemeine Charakterveränderung, die Herabsetzung der ethischen Gefühlsöne und der Intelligenz sowie das gelegentliche Versagen bei der Arbeit Unbrauchbarkeit) und die Stimmungsschwankungen sprechen. In olchen Fällen ist die Schwierigkeit, das Forum vom pathologischen Einschlag zu überzeugen, ganz besonders schwer; denn es ist anzunehmen, laß das Mädchen vor Gericht frech, verstockt und lügenhaft auftritt, labei aber durch eine gewisse Intelligenz imponiert.

Einige Zeit nach Verlassen der Anstalt kam sie auf Wunsch ihres ormundes nach der Charité, um hier auf ihren Geisteszustand untersucht ı werden. Da dort weder eine objektive Anamnese, noch das von mir ngesehene Aktenmaterial bekannt, der Erregungszustand auch abgeungen war, die Intelligenzproben inkl. Ebbinghaus tadellos ausfielen, wurde sie als psychopathische Konstitution ohne Intelligenzdefekt ıch wenigen Tagen entlassen.

Bei den wechselnden Zustandsbildern im Beginn der Schizorenie sind abweichende Beurteilungen auch von psychiatrischer eite ja ganz unvermeidlich, und bei *Wilmanns* finden wir eine Reihe n Beispielen dafür, wie derartige Patienten bald als normal, bald s krank mit den verschiedensten Diagnosen versehen durch die Welt hen. Ich gebe zu, daß der hier zitierte Fall trotz verdächtiger Einzelmptome noch nicht ganz überzeugend als Hebephrenie zu deuten t. Das weitere muß eine fortgesetzte Beobachtung ergeben.



Ich führe einen anderen Fall hier an, bei dem vermutlich auch eines Tages Schizophrenie erkannt wird.

H. Th. kam nach dem Tode ihrer Mutter in verschiedene Pflegestellen, aus denen sie mehrfach entlief. Mit 12 Jahren wurde Fürsorgeerziehung über sie ausgesprochen, da der Vater sich nicht entsprechend um sie kümmerte und sie sich prostituierte. Sie kam nacheinander in fünf verschiedene Anstalten, aus denen sie entlief, schließlich wegen Verdachts auf Lungentuberkulose in eine Heilstätte, aus der sie auch entwich. Sie lernte leicht und gut. Angeblich sei ihr seit dem Lungenkatarrh alles viel schwerer gefallen. Sie arbeitete immer schlecht und ungern.

Als sie mir im Jahre 1907, 18 Jahre alt, in der Fürsorgeanstalt vorgestellt wurde, war sie körperlich sehr elend, geschlechtskrank, hochgradig anämisch, dabei sehr unfreundlich. Sie hatte bei mißmutig gefurchter Stirn dauernd das fatale Lächeln auf den Lippen, das sich mir als Symptom des beginnenden geistigen Zerfalles geradezu aufdrängte. Umgänglich zeigte sie sich nur einer einzigen erziehenden Schwester gegenüber, für die sie eine geradezu krankhafte Vorliebe zeigte. Bei der Visite — sie war lange bettlägerig — zeigte sie fast immer dasselbe verschlossene unfreundliche Wesen und das höhnische Lächeln. Sie drängte sehr, aufstehen zu dürfen, besonders um die angebetete Schwester wiederzusehen. Als ich ihr das noch verweigern mußte, zerschlug sie, kurz nachdem ich sie verlassen hatte, Fensterscheiben, zerschnitt sich die Hände, so daß einige Nadeln gelegt werden mußten, was sie mit demselben verbissenen Lächeln aushielt. Einige Zeit darnach, als sie nicht mehr bettlägerig war, wurde sie bei der Anstaltsleitung vorstellig, sie auf den Handarbeitssaal zu geben, wozu wiederum der Wunsch, mit der vorerwähnten Schwester zusammenzuarbeiten, ausschlaggebend war. Als ihr dies in freundlicher Weise verweigert wurde, lächelte sie wiederum nur, um am folgenden Morgen Fensterscheiben und alles Erreichbare kurz und klein zu schlagen, alle, die ihr zunahekamen, zu bedrohen usw. Trotz der Energie, mit der sie gegen sich und ihre Umgebung wütete, drängte sich mir doch das Zustandsbild einer inneren Affektlosigkeit auf. Man fühlt sich versucht, von Affekthandlungen ohne Affekt zu sprechen. Nachdem die schweren Wunden, die sie sich zugezogen, verbunden waren, brachte man sie in eine Irrenanstalt.

Intelligenzproben, die ich mit ihr vorgenommen hatte, ergaben ausgezeichnete Resultate, nur kam es gelegentlich vor, daß sie plötzlich ohne ersichtlichen Grund nicht mehr antwortete oder schrieb und durch nichts zum Fortfahren zu bewegen war. Ein noch bedenklicheres Symptom war das folgende. Sie hatte, ohne krank zu sein, während der Arbeit auf der Treppe defäziert, die Exkremente in ein Papier gewickelt und in ihre Kleidertasche gesteckt, wo sie dieselben einige Tage beließ, bis man sie entdeckte. Trotz des kontinuierlichen Lächelns war sie eigentlich dauernd verstimmt, übellaunig und unzugänglich.

In der Irrenanstalt hatte sie mehrfach Aufregungszustände, schrieb aber von da geordnete, nur ein wenig frömmelnde Briefe. Nachdem sie entlassen war, weil ihr Gesamtzustand kein schlechter war, führte sie das Leben einer Prostituierten. Gelegentlich einer Sistierung schlug sie einem Schutzmann den Helm ein und benahm sich darnach so auffallend, daß sie nicht zur Wache, sondern zur Charité verbracht wurde und von hier wieder nach einer geschlossenen Anstalt kam. Sie war daselbst insgesamt dreimal untergebracht worden. Den Akten war ferner zu entnehmen, daß sie mehrfach aus Anstalten entwichen und wegen mehrerer Unzuchtsdelikte bestraft und wegen Widerstandes gegen die Staatsgewalt angeklagt war. — Sehr ausführliche Intelligenzproben, die ich mit ihr im Jahre 1907 anstellte, die, in mehrfachen Sitzungen gewonnen, alle Arten und Methoden umfaßten und mit einer kleinen schriftlichen Arbeit abschlossen, habe ich vor mir liegen, und die gewonnenen Resultate zeigen deutlich absolute Intaktheit der Intelligenz. Ich rechnete sie zu den psychopathischen Konstitutionen. In der Irrenanstalt, wo sie in den Jahren 1909—1910 untergebracht war, lautete die Diagnose: Psychopathische Konstitution + Imbezillität.

Wenn ich sie hier zu den auf Schizophrenie Verdächtigen stelle, so habe ich dafür folgendes anzuführen:

Das stumpfe Lächeln bei mehr depressiv gefärbter Stimmung.

Mehrfache Affektkrisen ohne eigentlichen Affekt.

Mangel an Unlustgefühlen gegenüber den eigenen Exkrementen.

Kein Beschäftigungstrieb.

Zurückgehen der Intelligenz nach dem 18. Lebensjahre, worauf die Diagnose Imbezillität in der Irrenanstalt deutet.

Ihr Lebensgang ist durch folgende Urteile gekennzeichnet: 12 Jahr alt Fürsorgeerziehung wegen Prostitution und Vagabondage. Verweis wegen Gewerbeunzucht.

In den folgenden Jahren aus fünf Fürsorgeanstalten und einer Lungenheilstätte entwichen. Zeugnisse über renitentes Betragen, Unerziehbarkeit, Vagabondageneigung; dauernde Disziplinierung.

Meine erste Diagnose im Jahre 1907: Psychopathische Konstitution.

Diagnose der Irrenanstalt im Jahre 1908: Psychopathische Konstitution. Imbezillität.

Meine zweite Diagnose im Jahre 1900: Dementia hebephrenica? Psychopathische Konstitution?

Diagnose der Charité im Jahre 1910—1911: Schwere psychopathische Konstitution. Ethische Verkümmerung. Hysterie?

Leider gehen derartige Individuen, nachdem sie der Fürsorgeerziehung entwachsen sind, der Beobachtung, die sich auf jahrelang geführtes Aktenmaterial stützt, fast immer verloren, wenn sie uns nicht gelegentlich in einer Irrenanstalt, in einem Sensationsprozeß,



in einer Gerichtsverhandlung, in den Spalten der Zeitungen als Verbrecher oder Selbstmörder begegnen.

Gelegentlich erleben wir ganz überraschende Entwicklungen. Im Jahre 1906 untersuchte ich in mehrfachen Sitzungen die schon längere Zeit in meiner Beobachtung stehende damals 16 jährige H. Go. und schwankte zwischen der Diagnose Debilität oder Dementia praecox.

Ihre Lebensgeschichte ist die folgende:

Soll schon als Schulmädchen sexuellen Verkehr gehabt haben, angeblich vergewaltigt.

Nach Verlassen der Schule 1904 Dienststellung, aus der sie wegen Frechheit entlassen wurde, wohnte dann bei ihrer Stiefmutter und verkehrte mit Soldaten.

Vier verschiedene Stellungen, wurde immer wegen Lüderlichkeit, Frechheit, Unsauberkeit, Arbeitsscheu entlassen, dazwischen Soldatendirne, dazwischen Stadien besseren Verhaltens.

1906 Fürsorgeerziehung wird ausgesprochen. — Bei der psychiatrischen Untersuchung fallen die Intelligenzproben sehr schlecht und manchmal recht eigenartig aus. Besonders ungenügend der Ebbinghaus. Sie füllt nur den ersten Satz, und zwar folgendermaßen aus: Nach langer Wand e r s u c h e i c h in dem fremden Lande fühlte ich e i M a n n so schwach, daß ich I m h a l f e n n i c h t Ohn A r z t nahe war.

Auf die Frage nach ihren Zukunftsplänen antwortet sie: „Wenn ich rauskomme, will ich mich wieder verheiraten, im 1. Jahr noch nicht, aber im 2., erst will ich dienen, um etwas Geld zu haben."

Die Erklärung von „Hunger ist der beste Koch" gibt sie folgendermaßen: „Man wird eher kuriert durch den Hunger, anders durch Hunger."

Diesen unsinnigen Antworten steht entgegen, daß sie in der Schule gut gelernt hat und auch die für die Prüfung der Fürsorgezöglinge von mir vorgesehenen schwersten Rechenaufgaben, z. B. 91—43, 67 : 13, und Gleichungen mit einer Unbekannten in Additions- und sogar in Divisionsform, schnell und richtig rechnete. Eine kleine Geschichte erzählte sie verhältnismäßig gut wieder. Sie wurde allerdings nach 2 Tagen durch an sie gestellte Suggestivfragen über diese Geschichte (*Binet* [1]) stark beeinflußt und in ihren Antworten abgelenkt. Eine andere Geschichte (Die Schatzgräber), die zum Zweck der schriftlichen Wiedergabe erzählt wurde, verfehlte sie absolut.

Im Anstaltsbetrieb wurde sie gelegentlich auffällig durch phantastische, aber nicht gerade phantasievolle Lügen, erzählte z. B. den anderen Mädchen von einer eleganten Einrichtung, die sie sich besorgen werde, und wollte sich einen Mitzögling allen Ernstes als Dienstmädchen enga-

[1]) *Binet*, La Suggestibilité, Bibliothèque de pédagogie et de psychologie. Paris 1903.

ieren, soll auch einmal einen von mir nicht selbst beobachteten Zustand lurchgemacht haben, während dessen sie sich nach dem Urteil einer Erzieherin und eines anderen Arztes „ganz blödsinnig" anstellte, unsinnige Antworten oder gar keine Auskunft gab.

Im Jahre 1908 war sie eine Zeitlang manisch oder vielmehr hypomanisch erregt, produzierte dabei viele Konfabulationen und phantastische Lügen. Dieser Zustand klang bald ab, ohne eine deutliche depressive Phase zu hinterlassen. Ein psychogenes Auslösungsmoment dafür konnte ich nicht finden.

Bald darauf kam sie aufs Land in eine Dienststellung, wo sie sich ein Vierteljahr zur vollen Zufriedenheit führte und eines Abends ohne jeden ersichtlichen Grund ausrückte. Die Bauerfrau, die sie sofort wiedernehmen wollte, wenn sie gefunden würde, schrieb: „Sie war willig und leißig; zu was ihr das gezwungen hat, ist mir rätselhaft."

Nach etwa 3 Wochen wurde sie aufs Polizeipräsidium gebracht, lort eine frische Lues festgestellt. Sie kam nun wieder nach der Anstalt, ot psychisch keine Besonderheiten, war nur fürchterlich heruntergekommen, starrte von Schmutz und Parasiten.

Auf Wunsch der alten Herrschaft kam sie zu dieser zurück, blieb laselbst unter tadelloser Führung etwa ½ Jahr und verschwand ebenso inerwartet wieder wie das erstemal.

Nachdem sie wieder aufgegriffen war, mußte sie 8 Tage Haft absitzen wegen Gewerbeunzucht in ansteckungsfähigem Zustande. Danach kam sie wieder in die Fürsorgeerziehungsanstalt und wurde nach 4 Wochen aushilfsweise zu einem Bauern gegeben, der sie gern behielt und außerordentlich mit ihr zufrieden war. Folgender Brief spricht für ihre äußere und innere Befriedigung: „Wir sind mit unsere Arbeit schon fertig und sitzen schon 8 Tage in die Stube. Noch 14 Tage, dann geht die Ernte los. Ich freue mich schon darauf. Hier sind so fiel Berge und Wälder. Auch habe ich die Oder gesehen. Es ist hier so schön. Es ist nicht nahe bei Berlin, das ist das schönste. Sontag bin ich immer schon um 9 Uhr zu Hause, in dem Hause herrscht Ordnung. Es gefällt mir sehr schön bei H's. Keine bessere Stelle kann ich nicht bekommen usw."

Dieser Brief, der eine reine Idylle zu atmen scheint, bedeutet offenbar das Ausholen zu einem manischen Gipfelpunkt. Diese Freude an der Arbeit, an der Natur, an der ländlichen Häuslichkeit geht schon ein wenig über die normale Stimmungslage hinaus. Er ist ungefähr Mitte August geschrieben, und am 25. September kam bereits von ihrem dortigen Pfleger folgender Bericht: „Das Mädchen — in seinen Leistungen sehr gut — erregt durch seinen Lebenswandel Anstoß und könnte eine Gefahr für andere Zöglinge und das Dorf werden. Ihre alten Leidenschaften treten hervor. Alle Ermahnungen sind erfolglos. Das Mädchen eignet sich nicht für Familienpflege, ist am besten in der Fürsorgeanstalt aufgehoben." Im Oktober desselben Jahres kamen verstärkte Klagen über schlechtes

6*



sittliches Verhalten und Unbotmäßigkeit, so daß sie ins Stift zurückkam und hier sofort diszipliniert werden mußte wegen homosexueller Attentate auf andere Zöglinge usw. Dann kam wieder eine verhältnismäßig gute Zeit. Im Juli des folgenden Jahres bekam sie sogar eine Prämie für gute Leistungen. Oktober desselben Jahres schied sie, da 21 Jahre geworden, aus der Fürsorgeerziehung aus und ging aus eigenem Antrieb in die Stelle, aus der sie den zitierten Brief geschrieben. Im November bereits heißt es, sie wolle Tanzen und all dergleichen aufgeben und sei ins blaue Kreuz eingetreten. Dort lernte sie einen jungen braven Menschen kennen, der sie heiraten wollte. Nach einigen Monaten wurde sie wieder ganz rabiat, der Bräutigam trat zurück, weil sie Anforderungen stellte, die sich mit seinen sittlichen Begriffen nicht deckten. Der Höhepunkt dieses manischen Stadiums scheint durch einen Tag gekennzeichnet zu sein, an dem sie schleunigst ihren Austritt aus dem blauen Kreuz vollziehen wollte, um ungehemmt möglichst toll leben zu können. Über Nacht muß ein Stimmungsumschlag gekommen sein. Morgens las sie auf dem Abreißkalender einige fromme Sachen, die sie auf sich bezog, weinte sehr, sagte, in ihrem Herzen sei der Teufel, man solle ihr helfen, ihn auszutreiben. Nach Ansicht ihrer wohl sehr gläubigen Umgebung hatte sie einen neuen Menschen angezogen, war einige Wochen lang still und fleißig. Auf einmal setzten die Tollheiten wieder gehäuft ein. Sie entnahm auf Borg ein Fahrrad, fuhr damit allenthalben dem ehemaligen Bräutigam nach, verlobte sich gleichzeitig mit einem anderen braven Menschen. Am 20. August sollte die Hochzeit von ihrer Dienststelle aus stattfinden. Am 4. August rückte sie bei Nacht und Nebel ohne Grund dort aus, fand sich aber dann doch mit dem Bräutigam zusammen, der sie heiratete.

H. G. ist niemals in einer geschlossenen Anstalt gewesen, was allerdings nur dem Umstande zuzuschreiben ist, daß ich sie in dem kurz dauernden manischen Zustand in der Fürsorgeanstalt zu behalten trachtete. In ihrem Lebensweg sind die manisch-depressiven Phasen sehr deutlich gekennzeichnet, die Höhe der einen immer durch starke Triebregungen (Entlaufen nach Berlin, Prostitution), die anderen durch Anfälle tränenvoller Reue (Eintritt ins blaue Kreuz u. dgl.) in Erscheinung getreten. Rechnen wir dazu einige hebephrene Momente, den schlechten Ebbinghaus, das Wechselvolle in den intellektuellen Leistungen, den vorübergehenden „Blödsinns"zustand u. a., so tritt uns hier einer der Fälle entgegen, wo die Schizophrenie zunächst unter dem manisch-depressiven Bilde den Lebensweg bestimmt. Auffallend ist die große Arbeitsfreudigkeit, die dem hypomanischen Grundcharakter des Mädchens entspricht, welcher den sozialen Abstieg hier geradezu verhindert, ja fast einen Aufstieg bewirkt; denn die tüchtigen Leistungen in Stall und Feld werden nicht zum mindesten dazu beigetragen haben, ihr die ordentlichen Freier zu sichern. Die Akten schließen wie ein Roman mit dem Ausblick auf baldige Ehe. Weitere Erkundigungen aber ergeben, daß sie sich tatsäch-



lich und zwar für ihre Verhältnisse recht gut verheiratet hat. Der Ehemann bewohnte mit ihr in einer größeren Provinzstadt ein eigenes Häuschen mit Garten. Anscheinend lebten sie ganz gut; aber nach knapp einem Vierteljahr entlief sie von da ganz plötzlich und trieb sich mehrere Wochen in Berlin als Prostituierte herum, wurde schließlich gefunden, und der Mann nahm sie wieder auf. Derselbe Vorgang hat sich seitdem noch mehrfach wiederholt. Irgendwelche epileptischen Symptome, Krämpfe, Absenzen, Dämmerzustände traten nicht auf.

Bei dieser Gelegenheit möge übrigens erwähnt werden, daß die weiblichen jugendlichen Prostituierten und Fürsorgezöglinge weder infolge ihres Lebenswandels noch wegen ihrer psychopathischen Veranlagungen an Wertschätzung als Wahlobjekt zur Familienbildung verlieren und etwa dadurch der Vagabondage zugedrängt werden. Die Mädchen verheiraten sich verhältnismäßig leicht, was für eine Skrupellosigkeit der unteren Stände sowohl gegen die Prostitution als auch gegen krankhafte nervöse Anlage spricht. Der weitere Abstieg, der dann häufig doch noch erfolgt, ist eben durchaus auf die krankhafte Anlage zu schieben.

Wir haben in Go. wieder eines jener schwer zu beurteilenden Individuen, bei denen zum manisch-depressiven Verhalten allerdings zweifellos auch intellektuelle Schwankungen und verschiedene Absonderlichkeiten kommen, die mindestens den Verdacht auf Schizophrenie stützen, und deren Veranlagung sie ganz besonders zur Prostitution prädisponieren.

Ich entrolle zum Vergleich das Lebensbild einer schwer erziehbaren, weil ethisch verkümmerten S c h w a c h s i n n i g e n der Fürsorgeanstalt.

Krop ist unehelich geboren, zunächst im Waisenhaus aufgezogen, dann bei Mutter und Stiefvater, die sie beide ungünstig beeinflußten. Sie kommt in der Gemeindeschule bis zur IV. Klasse, will mit 12 Jahren durch ein Mädchen verführt worden sein, Männer anzulocken, bekam je 5—20 M., welches Geld sie vernaschte. Als Milchausträgerin verging sie sich morgens mit Jungen auf leeren Treppen und Böden, war bereits mit 13 Jahren luisch infiziert. Als ihr zunächst ein Vormund bestellt war, hielt sie sich einige Wochen gut, trieb sich dann wieder umher. Nun kam sie in Fürsorgeerziehung. Psychiatrische Untersuchung führte zur Diagnose Imbezillität. Beide Eltern bemühen sich dauernd, sie frei zu bekommen. Der Vater schreibt: „Wie geht es Dir in Deiner Wahneinsamkeit usw. usw. Bleibe recht gesund, bis die Stunde Deiner süßen Freiheit schlägt.“ Ihre Arbeitsleistungen sind sehr mangelhaft. Von den Eltern aufgereizt, gibt



sie dauernd zu Klagen über Ungehorsam, Ungezogenheit und Frechheit Anlaß. Sie macht drei Fluchtversuche immer mit je einer anderen leicht Schwachsinnigen, die alle drei mit einem Fiasko enden, indem sie immer schon, ehe sie ihr Ziel Berlin erreicht hatten, wieder aufgegriffen wurden. Schließlich gab man sie in eine Dienststelle, wo sie aus Unachtsamkeit den Brand des Gehöftes verursachte. Als sie sah, was sie angerichtet hatte, lief sie aus Angst weg. Erst dadurch fiel ein Verdacht auf sie. Sie wurde bald gefaßt und wegen fahrlässiger Brandstiftung zu einer Geldstrafe verurteilt, ein psychiatrisches Gutachten nicht eingeholt. Nun wurde sie wieder in eine Fürsorgeanstalt gebracht und entlief von da auf Antrieb ihrer Mutter. Als sie nach kurzem zurückkam, nahm ich nochmals eine gründliche Revision ihres geistigen Besitzstandes vor. Die rein intellektuelle Prüfung ergab ungefähr denselben Status wie 2 Jahre zuvor. Das Schulwissen einer schlechten Schülerin der IV. Klasse der Gemeindeschule ist ein viel zu kärgliches, als daß weitere Fehlbeträge nicht ohne weiteres bemerkt würden. Erfahrungswissen hatte sie auch wohl nur auf einem gewissen Gebiet gesammelt. Ihr Ungehorsam rühre daher, daß sie immer gleich so aufgeregt sei. Über Strafen ärgere sie sich nicht: die seien ihr gleichgültig.

Ich habe absichtlich das Bild einer zweifellos primär Schwachsinnigen zur Gegenüberstellung gewählt. Wir sehen hier kein An- und Abschwellen oder weiteres Zurückgehen der Intelligenz. Die Fluchtversuche entsprechen weder einem manischen Expansionsdrang noch einem depressiven Unerträglichkeitsgefühl, sondern das eine Mal den Wünschen und Ratschlägen der Eltern und das andere Mal der Verführung der anderen Mädchen. Das Verbrechen der Brandstiftung ist auf den bestehenden Schwachsinn zurückzuführen; denn sie hatte im Heu ein angebranntes Streichholz weggeworfen. Die dauernde Gehorsamsverweigerung hängt ebenfalls mit den Milieuverhältnissen zusammen.

Schwankende Züge bildet auch das Bild der X. Y. Ihre Lebensgeschichte ist so reich an abenteuerlichen Momenten erotischer und sexueller Natur, daß die gesamte moderne Literatur für einige Jahre daraus mit Motiven versorgt werden könnte: Verführung im kindlichen Alter durch Lehrer, Verwandte und ihrer Sphäre fernstehende Lebegreise, große Reisen mit Kavalieren und dabei Übung in allen Lastern der Un- und Überkultur, des fernen Ostens und Westens, Fluch der Eltern und Verbringung in Fürsorgeerziehung, Flucht aus derselben mit Lebensgefahr, Religionswechsel, mehrere Selbstmordversuche, kurz alles, was zu den Requisiten der Schundliteratur gehört. Da all diese Dinge aber nicht aktenmäßig festliegen, sondern von ihr selbst wieder und wieder mit um

so größerem Behagen vorgetragen werden, je weniger ihre Umgebung davon wissen will, beschränke ich mich darauf, aus der objektiven Anamnese und meinen eigenen Beobachtungen in der Charité ihren Lebensgang zusammenzustellen. Wenn überhaupt jemals der Begriff „geborene Prostituierte" Geltung hat, so ist es hier der Fall. X. Y. stammt aus einer Familie neuro- und psychopathisch Veranlagter, die insgesamt, Vater, Mutter, zwei Brüder und eine Schwester mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen waren, und zwar nicht aus wirtschaftlicher Not; denn sie lebten in mittleren bürgerlichen Verhältnissen. X. Y. mußte schon im Alter von 12 Jahren abends eingeschlossen werden, da sie nicht davon abzuhalten war, auf die Straße zu laufen. Mit 13 Jahren wurde sie gravide; der Vater war, wie es scheint, unbekannt. Darnach wird sie in Fürsorgeerziehung gebracht. Der Bericht der Anstaltsvorsteherin lautet „X. Y. ist vollkommen unerziehbar, widerspenstig und klatschsüchtig und reizt die anderen Mädchen auf. Einmal regte sie sich über den Besuch ihrer Schwester im Stift so auf, daß sie Schreikrämpfe bekam, drei Fenster zerschlug und versuchte, sich die Pulsadern mit einer Schere aufzuschneiden. Einen schwachsinnigen Eindruck hat sie nie gemacht, hat gut gelernt, fehlerlos geschrieben und gerechnet. Wenn sie nichts zu arbeiten brauchte, war sie ganz ruhig, wenn auch stets zänkisch." Nach einiger Zeit machte sie nach irgendeiner Aufregung einen erneuten Selbstmordversuch, diesmal ziemlich ernst, indem sie aus dem II. Stock der Anstalt auf die Straße sprang, wie sie mir später sagte, weil sie das Eingeschlossensein und die Abstinenz nicht ertragen konnte. Zunächst kam sie auf ein Vierteljahr auf eine chirurgische Klinik, wo ihre schweren Frakturen geheilt wurden. Dann wegen Selbstmordverdachts auf der Irrenanstalt der Kgl. Charité aufgenommen, zeigte X. Y. keinerlei intellektuelle Störungen, Aufregungszustände nur, wenn von erneuter Verbringung in Fürsorgeerziehung die Rede war — sie stand damals im Alter von 16 Jahren —, aber einen unglaublichen Zynismus und eine erschreckende Neigung zu schmutzigen Geschichten. Diagnose: Moral insanity. Nach ihrer Entlassung Fürsorgeerziehung; ein erneutes Con. suic. brachte sie wieder nach der Charité mit folgendem Zeugnis des Fürsorgeanstaltsarztes: „X. Y. ist hochgradig schwachsinnig und hat schon mehrere Selbstmordversuche unternommen. Sie hat unmotivierterweise Fensterscheiben zerschlagen und äußert die Absicht, die Konamina zu wiederholen, wird deshalb der Charité zur Beobachtung ihres Geisteszustandes überwiesen." Daselbst verblieb sie nur eine Woche, wurde mit der Diagnose „Psychopathische Konstitution mit Suizidalabsichten, geschlechtskrank", nach einer entsprechenden Station abgegeben und von da nach Haus entlassen, da die Eltern sich bemühten, sie von der Fürsorge frei zu bekommen und die jetzt Siebzehnjährige in eine Pension verbrachten. Sofort behauptete sie, der Pensionsvorsteher habe mit ihr „poussiert".



Als man sie trotz dieser Anschuldigung und gegen ihren Willen dort beließ, machte sie einen Selbstmordversuch. Darnach kam sie nach Hause, entfloh mit einem Herrn nach London, wo sie 12 Wochen an einer Bar will angestellt gewesen sein, kam zurück nach Berlin, war hier als Tänzerin oder wohl vielmehr als Schauobjekt an einem Revuetheater angestellt. Nun verloren sich ihre Spuren für einige Jahre. Mit 20 Jahren wurde sie wieder wegen eines Selbstmordversuchs nach der Charité gebracht und wiederum nach 8 Tagen auf die Infektionsstation. Diagnose: Psychopathische Konstitution mit Selbstmordneigung. Lues, Gonorrhöe. Die Krankengeschichte berichtet: Pat. zeigt freches Wesen, spricht ungeniert über ihre Verhältnisse und ihr sexuelles Leben, lacht viel, auch ohne Grund. Damals machte sie sich häufiger das Vergnügen, bekannte Personen zu verdächtigen, ihre Liebhaber gewesen zu sein. Nach etwa 2 Jahren war sie die Heldin einer cause célèbre, eines angeblichen Doppelselbstmordes, in Wirklichkeit eines vollendeten Mordversuches an ihrem Bräutigam, dessen bei Besprechung der Kriminalität Schizophrener noch Erwähnung getan wird.

In diesem Lebensbild fließen hereditäre, degenerative, psychopathische Anlagen, Milieu, ungünstige Charaktereigenschaften, starkes Triebleben und allerlei Imponderabilien zum Bilde einer widerwärtigen jugendlichen Prostituierten und Verbrecherin zusammen, die eine Reihe krankhafter Züge bietet. Manisch-depressive Stadien stehen hier zur Diagnosenstellung nicht zur Verfügung. Am meisten springt in die Augen 1. der Vagantentrieb; denn seit ihrem 12. Jahre fast ist sie dauernd unterwegs, zwar noch nicht auf der Landstraße, sondern in Luxuszügen und großen Hotels, 2. die unbesonnene Selbstmordneigung, die, stets bei geringen Anlässen einsetzend, keine Verstümmelungen scheut, wie sie durch das Herunterspringen oder durch einen Schuß in den Mund gesetzt werden können. Drittens fällt der Wechsel der intellektuellen Fähigkeit auf, über welche die verschiedensten Urteile vorliegen, und bei der 3. Aufnahme in der Charité das grundlose Lachen. Ihre Erregungszustände, Schreikrämpfe, Zertrümmern von Fensterscheiben, Gewalttätigkeiten usw. waren immer psychogen ausgelöst.

Ich stelle dieser Mosaikfigur der Prostitution und des Lasters eine ähnliche an die Seite, die aber qualitativ und quantitativ manche Unterschiede zeigt, und die ich heranziehe, um an ihr wie oben zu demonstrieren, daß die F.-E. im Leben derartiger Schizophrenen keine Besserungsanstalt, sondern nur ein Unterkommen für freie Intervalle zwischen Vagabondage, Irrenhaus und Gefängnis bedeutet, und in wie weitgehendem Maße die soziologischen Forderungen an solchen Individuen scheitern.

E. R. wurde als Tochter eines Steuermannes, der im Jahre 1904



an Lungentuberkulose starb, im Jahre 1894 geboren. Die wirtschaftlichen Verhältnisse scheinen gute zu sein, an denen sich nichts ändert, als die Mutter sich ein zweites Mal verheiratet.. E. R. soll in der Schule gut gelernt und das Ziel der I. Klasse erreicht haben.

Ihr asoziales Verhalten setzt im 13. Lebensjahre ein, wo sie einen 10 jährigen Jungen anstiftet, mit ihr Kartoffeln auf dem Felde zu stehlen, und zwar nur aus Übermut. Sie erhält eine Rüge des Klassenlehrers.

Im folgenden Jahre hat sie als Konfirmandin in der Volksschule ein Cape gestohlen und ist laut Gerichtsbeschluß zu einem Verweise verurteilt worden; bald darnach lief sie hinter dem Rücken ihrer Eltern abends weg, besuchte — immer noch als Konfirmandin — mit zwei anderen jungen Mädchen und drei Burschen anrüchige Lokale, und schließlich blieben die drei Paare 3 Tage lang auf einem gemeinsamen Zimmer zu einer wüsten Orgie zusammen, bei welcher Gelegenheit E. R. auch noch einen Diebstahl beging.

Fürsorgeerziehung wird ausgesprochen, die Konfirmation zunächst verweigert.

Aus der Fürsorgeerziehungsanstalt entwich sie nach 3 Tagen, und ihre Eltern brachten sie im Jahre 1908 nach Schweden, das Fürsorgezöglinge nicht ohne weiteres ausliefert, in eine einfache Pension. Sehr bald Flucht von dort, war bis April 1909 unauffindbar, wurde dann in einer deutschen Hafenstadt vagierend aufgegriffen. Fürsorgeerziehungsanstalt.

Wenige Wochen später Krankenhaus wegen Lungentuberkulose. Der Bericht von dort lautet: „E. R. hat sich hier sehr schlecht betragen, jede Arbeit verweigert, gemeine Redensarten geführt, wahre Zuchthäuslerstreiche begangen (15 Jahre alt!), den Ärzten Krankheitssymptome vorgetäuscht usw.“

Dezember 1909: Flucht von dort.

Februar 1910: Hatte Stellung angenommen und wurde nach wenigen Tagen wegen Lungenblutens ins Krankenhaus verbracht.

Mai 1910: Heilstätte Görbersdorf, dort wegen Diebstahls entlassen.

November 1910: Jugendgericht Berlin: Verweis wegen Gewerbeunzucht, scheint sich damals der psychiatrischen Untersuchung nicht gestellt zu haben.

Dezember 1910: Lungenheilstätte.

Januar 1911: Daselbst entlaufen.

Februar 1911: Wegen Vagabondage ergriffen, wegen Führung falschen Namens angeklagt und Fürsorgeerziehungsanstalt überwiesen.

24. Mai bis 15. Juni 1911: Beobachtungsstation für Geisteskranke Langenhagen bei Hannover. Die Direktion gibt mir betr. der Diagnose darüber freundlichst folgenden Bescheid aus den Akten:

Erregungszustand auf degenerativer Basis.

15. Juni 1911: Entwich zur Mutter.

26. Juni 1911: Entwich nach Berlin, wurde in der Friedrichstraße aufgegriffen und nach Fürsorgeerziehungsanstalt gebracht, wo ich mit ihr zu tun hatte, dort Selbstmordversuch, indem sie sich 5—6 Nähnadeln in die rechte Radialisgegend (Linkser) einstach, als sie wegen Tribadie 2 Tage isoliert war, zunächst chirurgische Klinik.

21. Juli 1911: Wegen erneuter Konamina Psychiatrische Klinik der Charité, wo ich sie wiedersah.

Mehrere Konamina, wurde nach der Unruhigenstation verbracht. Intelligenzproben fallen gut aus. Ebbinghaus wird dem Sinne nach richtig, zum Teil mit Spiegelschrift ausgefüllt, wahrscheinlich durch die Benützung der gesunden linken Hand dazu verführt.

26. Juli 1913. Con. suic. durch Abreißen des Stärkeverbandes, einige Tage sehr deprimiert.

Von nun ab in ununterbrochener Folge abwechselnd ruhiges Verhalten, Depression mit vielen Selbstmordversuchen — Tobsuchtsanfälle — Depression — Tobsuchtsanfall mit Gewalttätigkeiten gegen Oberwärterin und Mitpatienten bis 6. September 1911. Sehr vergnügt, lacht, drängt heraus.

16. September 1911: Versuch, sich zu erdrosseln, tobt.

20. September 1911: Versuch, sich aus dem Fenster zu stürzen.

27. September 1911: Dauernd unruhig, tobsüchtig.

6. Oktober 1911: Entlassung aus versorgungstechnischen Gründen nach der Irrenheil- und Bewahranstalt St. Katharinen-Stiftung Rostock mit der Diagnose: Degenerative psychopathische Konstitution mit Impulsivhandlungen und wahrscheinlich epileptischen Anfällen.

Durch die freundliche Auskunft des leitenden Arztes Prof. *Scheven* war es mir möglich, E. R. weiter zu verfolgen.

Prof. *Scheven* macht folgende Mitteilungen:

6. Oktober 1911: Aufnahme in St. Katharinen-Stiftung.

21. Oktober 1911: Überweisung nach einer chirurgischen Klinik, da noch einige Nadeln aus ihrem rechten Oberarm zu entfernen sind.

16. November 1911: Erregungszustand bei einem Besuch ihrer Mutter, darnach Flucht aus der Klinik. Am selben Tage Selbstgestellung, Aufnahme auf der Irrenstation St. Katharinen-Stiftung.

Von nun an wieder äußerst erregbar, unlenksam, Neigung zu demolieren und zu tätlichen Angriffen.

10. Juni 1912: Nach einer längeren Periode besseren Verhaltens versuchsweise Entlassung zu den Eltern.

18. Juni 1912: Flucht aus dem Elternhaus, nachdem sie Schränke erbrochen hatte, um zu ihren Kleidern zu gelangen, bei Bekannten Geld erschwindelte, bei einer früheren Mitkranken eine Bluse stahl.

7. Juli 1912: Wegen gewerbsmäßiger Unzucht Polizeigefängnis,



daselbst Selbstmordversuch (Verletzung der Radialisgegend mit einer Glasscherbe).

8. Juli 1912: Wiederaufnahme auf Irrenstation. Verstimmungs- und Erregungszustände wechseln ab, dauernd sehr reizbares, unfügsames Wesen mit der Neigung zu verkehrten Handlungen. Fluchtversuche.

6. November 1912. Flucht aus der Anstalt, Aufnahme bei der Mutter.

8. November 1912: Versuch, im Geschäftszimmer des Berufsvormundes diesem mit einem zu dem Zweck mitgebrachten Rasiermesser zu Leibe zu gehen. Von der Polizei wieder in die Irrenanstalt eingeliefert. Dasselbe Verhalten wie bei den anderen Aufnahmen.

9. April 1913: Flucht aus der Anstalt, am selben Tage von der Polizei zurückgebracht. Verhalten wie vorher.

Wenn der Ausdruck asozial noch nicht geprägt wäre, so müßte er für dieses unglückliche Geschöpf eigens gefunden werden, das seit seinem 13. Lebensjahre bis heute, wo sie im 20. steht, zwischen kriminellen Handlungen, Prostitution, Selbstmord- und Fluchtversuchen, Anstalts- und Dirnenleben nicht hin- und herschwankt, sondern hin- und hergeworfen wird. Den Akten ist zu entnehmen, daß die Fürsorgeerziehungsanstalt bei Berlin sie nur wegen Undisziplinierbarkeit und Selbstmordgefahr an die Charité abgab, ohne daß vorher eine psychiatrische Untersuchung des Mädchens stattfand. Die Diagnose der Beobachtungsstation Langenhagen lautet „Erregungszustand auf degenerativer Basis“, die der Charité „Degenerative psychopathische Konstitution mit w a h r s c h e i n l i c h epileptischen Anfällen“. St. Katharinen-Stift stellt keine Diagnose, sondern gibt das Krankheitsbild. Im Allgemeinen ist psychopathische Konstitution mit oder ohne Intelligenzdefekt für derartige Naturen häufig nicht nur jahre-, sondern jahrzehntelang die gangbare Bezeichnung, bis ein untrügliches Symptom für Schizophrenie einsetzt. Daß in dem Syndrom, das E. R. bot, noch einige ungeklärte Punkte waren, geht daraus hervor, daß von der Charité w a h r s c h e i n l i c h epileptische Anfälle angenommen werden. Tatsächlich sind in dem ganzen Lebensbilde, das ich mir mit Hilfe der verschiedenen Anstaltsleiter zusammengetragen habe, nie solche beobachtet worden, dagegen waren manische und depressive Erregungsstadien dauernd vorhanden und dem ganzen Verlauf zu entnehmen, daß das Gebiet der Affektivität bei E. R. ganz besonders betroffen ist. Intellektuelle Störungen sind mit Hilfe der gültigen Methoden nicht nachzuweisen; doch fällt sie in der Charité eine Zeitlang durch ihr törichtes Lachen auf, ferner dadurch, daß sie Haarnadeln, die sie zum Zweck eines Selbstmordversuches entwendete, in den Genitalien versteckte und schließlich durch die mehr bizarr anmutende Torheit, den Ebbinghaus zum Teil in Spiegelschrift zu ergänzen. Auch St. Katharinen berichtet von verkehrten Handlungen.

Ich sagte absichtlich, daß Defekte mit Hilfe m e t h o d i s c h e r P r ü f u n g e n nicht nachzuweisen sind; dagegen weist die Betrach-



tung des Gesamtbildes entschieden auf erhebliche Störungen der Assoziationen. Eine unethische, zum Teil boshafte Veranlagung war angeboren (Verführung des Jungen zu einem Kartoffeldiebstahl, Diebstahl des Mantels einer Schulgefährtin, Prostitution während der Konfirmandenunterrichtszeit); aber ihr ferneres Verhalten ist doch nicht nur auf Mangel an ethischen Besitzständen, sondern auf tiefgehende intellektuelle Störungen zu setzen, die jeden logischen Lebensplan verhindern. Zu einem Teil allerdings wird ihr Lebensschifflein durch die starken Wellen der Affektstörungen hin- und hergeworfen, zum anderen aber seine Ausschläge dadurch so verkehrt gemacht, daß das ganze Dasein absolut planlos verläuft und keine leitende Idee erkennen läßt; das Planloseste ist wohl der „geplante" Mordversuch auf den Berufsvormund, planlos auch die Fluchtversuche, die aus Anstalten aller Art zu den Eltern, von den Eltern auf die Straße, von der Straße, indem sie sich gelegentlich selbst stellt, in die Anstalten unternommen werden. Bei verstandesmäßig primär sehr gut veranlagten Individuen, wie E. R. eines ist, muß die Methodik der Intelligenzprüfungen zunächst versagen, um sekundäre Demenzen wie die Schizophrenie sie setzt, herauszufinden. Ist aber nicht der ganze Lebensgang solcher Individuen ein schizophrener? Sehen wir nicht besonders an *Wilmanns*[1]) Krankengeschichten, daß die von ihm beobachteten, der Dementia praecox zugezählten Individuen meist zunächst durch asoziales Verhalten auffielen und die Zeichen der Hebephrenie erst später deutlich wurden? Meines Erachtens ist es nicht nötig, im Falle E. R. noch das Auftreten eines katatonen Zustandes oder sprachlicher Kontaminationen oder sonstwie schwerer Symptome der Schizophrenie abzuwarten. Das, was das Wort besagt, die Spaltung, der Zerfall der geistigen Prozesse ist hier schon genügend eingeleitet. Vielleicht liegt es daran, daß derartige Lebensgänge gerade wegen der asozialen Note selten im Zusammenhang überblickt werden, daß man der Regielosigkeit eines solchen Daseins zu wenig Wert bezüglich der Beurteilung der Intelligenz beigelegt hat. Dieses Mädchen z. B. hat seit ihrem 13. Lebensjahr andauernd nur Dinge vollführt, die es nicht nur körperlich schädigten (Selbstmordversuche ohne tiefere Depressionen und ohne zweckentsprechende Maßnahmen), sondern auch sein ganzes wirtschaftliches und soziales Dasein vernichteten

[1]) a. a. O.



(Prostitution, Unerziehbarkeit, Arbeitsverweigerung, Kriminalität, Fluchtversuche), ohne besondere Lustgewinne aus dieser Lebensführung zu ziehen. Die affektiven Störungen allein sind daran nicht schuld, obwohl sie natürlich alles, was aus Unvernunft geboren ist, noch mehr unterstreichen und betonen. Eine Zusammenfassung der psychopathischen Momente ergibt: Weitgehende Störungen 1. der Affektivität, manisch-depressives Verhalten, Affektkrisen; 2. der Intelligenz, an einzelnen Zügen und besonders am ganzen Lebensbilde gemessen; 3. der ethischen Veranlagung, die primär mangelhaft, immer mehr abflacht, von Prostitution und unüberlegten Diebstählen zu einem zwar geplanten, aber unüberlegten Mord übergeht.

Gerade bei derartigen Individuen, wo alle möglichen psychopathischen Symptome und starke Differenzen der intellektuellen Leistungen beobachtet werden, ist der Gedanke an Hebephrenie wohl kaum gänzlich auszuschließen, und es ist bedauerlich, daß sie, unstät und flüchtig, so schwer weiterzuverfolgen sind. Die Diagnosenstellung wird hier durch eine angeborene boshafte Veranlagung noch besonders kompliziert, und die Grenze zwischen angeborener ethischer und intellektueller Degeneration und dem späteren Zerfall der Moralbegriffe ist recht schwer.

Den allergrößten Schwierigkeiten begegnen die differentialdiagnostischen Bemühungen aber doch solchen Zuständen gegenüber, wo die psychopathischen Momente, mit Simulation vergesellschaftet, auftreten, was bei den so energisch der Freiheit zustrebenden Magdalenen gar nicht selten ist und dann wieder besonders getönte Bilder gibt:

J. Ba. kam wegen Gewerbeunzucht in Fürsorgeerziehung, gegen die sie sich mit allen Mitteln gesträubt hatte. Zeichen von Schwachsinn oder von Hysterie beobachtete ich nicht. Dagegen behauptete sie bald nach ihrer Aufnahme gravide zu sein und gab eine Reihe subjektiver Zeichen dafür an, objektiv war nichts nachzuweisen. Sie aß enorm viel und mußte sehr zur Arbeit angetrieben werden, dabei konnte sie halbe Stunden lang sitzen und auf ihre Arbeit stieren, ohne etwas zu tun. Anfälle, Stereotypien, Bizarrerien, katatonische Momente wurden nie beobachtet. In ihrem Führungszeugnis heißt es: „nicht schwer erziehbar, aber sehr unwahr“.

Auf ihren und ihrer Eltern dringenden Wunsch wurde sie nach kurzem Anstaltsaufenthalt probeweise nach Hause entlassen, führte sich zunächst anscheinend gut, obwohl gelegentlich Denunziationen von




Nachbarn über unordentlichen Lebenswandel kamen, die aber von den Eltern entkräftet wurden. Schließlich aber zeigte sichs doch, daß sie wieder die Nächte draußen verbrachte und sofortige Überführung nach der Fürsorgeanstalt unbedingt erforderlich war. Leider bekam ich sie bei der Einlieferung nicht zu sehen, doch soll sie sich zunächst ganz geordnet benommen haben.

Am nächsten Tage lag sie, als eine Schwester ihr Zimmer betrat, zusammengekauert unter ihrem Bett und begann, als sie den Eintritt der Schwester bemerkte, zu zucken und zu schreien und ließ sich, mit den Gliedern um sich schlagend, nur mit Mühe aufs Bett legen. Kein Einnässen, kein Zungenbiß. Als ein eiligst herbeigerufener Arzt kam, schlief sie bzw. schloß sie die Augen und bekam eine Morphiuminjektion.

Als ich sie am nächsten Tag zu sehen bekam, stand sie noch deutlich unter Morphiumeinwirkung, war verschlafen, aber zeitlich und örtlich orientiert, gab zwar etwas langsam, aber ganz klar Auskunft und behauptete heute zum erstenmal, sie leide häufig an epileptischen Krämpfen mit Einnässen und Zungenbissen. Früher hatte sie nur angegeben, daß ihre Mutter an Krämpfen litte; über die Natur des Übels war sie demnach unterrichtet. Als sie nach meinem Weggang wieder zu Bett gebracht worden war, verhielt sie sich erst ganz ruhig. Als man ihr Kaffee brachte, zeigte sichs, daß sie sich verunreinigt hatte; schmierte und rief, sie brauche keinen Kaffee, sie habe Schokolade, schmierte dabei unentwegt und redete angeblich wirres Zeug. Ein sofort geholter Arzt stellte das Zeugnis aus: J. B. leidet an einer geistigen Störung mit Halluzinationen und großer motorischer Unruhe. Wegen Selbstmordverdacht und Gemeingefährlichkeit ist sofortige Aufnahme in eine Irrenanstalt geboten.

Daselbst verblieb sie nur kurze Zeit. Sie wurde nach 4 Wochen mit dem Vermerk an die Behörde entlassen, daß sie sich nicht für Fürsorgeerziehung, sondern viel besser für Familienpflege eigne.

Ohne die Verunreinigungen wäre das Krankheitsbild ja lediglich als Affektkrise bei psychischer Labilität zu deuten; die Krämpfe bewußt simuliert, um aus der verhaßten Fürsorgeerziehung nach der Irrenanstalt und von da bald wieder nach Hause zu kommen. In ähnlichem Sinne sollte ja schon beim ersten Aufenthalt Gravidität vorgetäuscht werden. Auffällig bleibt das Moment des Schmierens bei einer Simulantin jedenfalls, wie auch das starre Herumsitzen, über das die Erzieherinnen schon früher klagten. Die so charakteristische Vagabondageneigung war bei ihr überhaupt nicht vorhanden, die Prostitution erscheint viel mehr als Ausfluß des Erwerbsinnes, denn als krankhaftes Moment. Es könnte sich um eine Simulation mit außergewöhnlichen Mitteln handeln, da die gewöhnlichen, z. B. Vortäuschen von Gravidität, Klagen über epileptische Anfälle, passiver Widerstand u. a., nicht zu dem gewünschten Ziele führten. Anderseits verläuft der Anfall ganz im Sinne einer Haftpsychose. Die nach 3 Jahren freien Lebens wieder eingreifende Fürsorgeerziehung be-



deutete für den labilen Organismus eine enorme Durchschütterung, eine außerordentlich gewaltsame Durchschneidung der eigenen Pläne, die schon zu psychopathischen Zuständen führen könnte. Schließlich ist, falls nicht lediglich Simulation vorlag, an *Aschaffenburgs*[1]) Wort zu erinnern, daß weit öfter, als angenommen wird, das Syndrom der Haftpsychosen nur Exazerbationen oder die ersten deutlichen Symptome der Dementia praecox sind; denn das Zustandsbild, das J. Ba. nach der zweiten Aufnahme bot, erinnert in seiner Vermischung von wirklicher Krankheit und zweifellosen Bemühungen zu simulieren oder zu aggravieren nur zu deutlich an eine solche.

Ich habe hier einige typische Lebensbilder jugendlicher Prostituierter herausgegriffen, die, wenn auch nicht alle deutlich zur Gruppe der Schizophrenen zu stellen sind, doch zum größten Teil auf die Grundelemente der Erkrankung hinweisen, die ganz besonders zu asozialem Verhalten führen, wie sie von anderen Autoren in späteren Alterslagen geschildert worden sind.

Gerade aus den wechselvollen Diagnosen und Beurteilungen, wie sie langjährige Beziehungen und Studium der Akten ergab, kristallisierte sich zunächst der Verdacht auf Schizophrenie heraus. Ja, ich betrachtete es schließlich als ein nicht zu unterschätzendes differentialdiagnostisches Symptom, wenn dasselbe Individuum nicht allein in verschiedenen Anstalten, sondern auch bei erneuten Aufnahmen in derselben Anstalt psychiatrisch und auch erzieherisch ganz verschieden bewertet wurde. In dieser Richtung bieten die schizophrenen weiblichen Fürsorgezöglinge die größte Ähnlichkeit mit den psychopathischen Konstitutionen besonders hysterischer Provenienz und deren Stimmungsschwankungen, Impulsivhandlungen, Planlosigkeiten, dem unbeherrschten Triebleben, der gelegentlichen ethischen Stumpfheit und den Affektkrisen besonders gegenüber der Internierung (s. J. Ba.), und es muß besonders darauf geachtet werden, ob die Stimmungsschwankungen lediglich psychogenen Charakter tragen oder, wie es z. B. etwa bei H. Go. besonders anschaulich ist, ohne jede Veranlassung im nervenlosen Getriebe eines bäuerischen Haushaltes oder später in einer glücklichen Ehe hervorbrechen. In diesem Falle war der manisch-depressive Charakter unverkennbar, der Beginn des schizophrenen Verfalls aber durch

[1]) *Aschaffenburg*, Degenerationspsychosen und Dementia praecox bei Kriminellen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1912.

die wechselnden Intelligenzleistungen, durch den schlechten Ebbinghaus u. a. gedeutet. Ich stehe nicht an, das Syndrom deutlich manisch-depressiver Züge, vergesellschaftet mit Schwankungen der Intelligenz und starken asozialen Neigungen als Frühsymptom der Schizophrenie anzunehmen, selbst in einem Falle wie der H. Go.s, wo bisher Aufnahme in eine Irrenanstalt nicht nötig wurde. Ich betone, daß infolge der mit der Fürsorgeerziehung zusammenhängenden dauernden pädagogischen und psychiatrischen Beobachtung und infolge der starken asozialen Ausschläge bei den zunächst unerzogenen Individuen eine solche Frühdiagnose in den Anstalten leichter zu stellen ist als beim Verweilen in der Familie, wo die Beobahctung nicht auf Derartiges gerichtet ist.

Eine Verwechslung der Schizophrenie mit Schwachsinn kommt häufig genug der Einzelphase wie dem Gesamtbild gegenüber vor, d. h. es kann wohl gelegentlich Hebephrenie für primären Schwachsinn, viel seltener primärer Schwachsinn für Hebephrenie gehalten werden, da die charakteristischen Momente dauernd fehlen und selbst bei dem etwas wilden Material der Fürsorgeerziehung sich deutlich abheben, wie der Fall Krep zeigt.

Eines drängt sich jedenfalls bei Betrachtung dieser Lebensgänge auf, daß die Schizophrenie bereits in ihren Frühformen und in jeder Stufe ihrer Wesensäußerungen das jugendliche Weib wie keine andere Krankheit in die Bahn der Prostitution drängt, und daß sich unter den schizophrenen Prostituierten Existenzen finden, denen trotz ihrer Jugend mit dem ganzen Rüstzeug unserer sozialen Einrichtungen, unserer caristativen Bestrebungen, unserer Erziehungsversuche nicht beizukommen ist, die als asozialer Dorn im Körper der Zivilisation stecken und viel eher zersetzend auf diesen wirken als sich assimilieren. Die Prostitution in ihren weitgehenden asozialen Äußerungen gedeiht nirgends besser als auf dem Boden der Hebephrenie, die alle Vorbedingungen für ihre Entwicklung enthält und Hemmungen und Fortschritte begünstigt, welche das erkrankte Individuum durch alle Phasen kulturfeindlichen Daseins hindurchjagt, wie es an einigen Lebensläufen hier erkennbar wird.

Kriminalität und Schizophrenie der Jugendlichen. — In Anbetracht der Publikationen von *Wilmanns* (a. a. O.),

Mönkemöller (a. a. O.) und vieler anderer könnte man zu dem Schluß gelangen, als sei die Dementia praecox eine ganz besonders zu rechtswidrigem und rechtsbrecherischem Verhalten prädisponierende Psychose. Dem steht *Bleulers* [1]) Behauptung gegenüber: „Im allgemeinen wird von den Schizophrenen wohl eher weniger gestohlen, betrogen, gelogen, verleumdet als von Gesunden.“ *Bischoff* [2]) dagegen betont, daß die Hebephrenie ziemlich häufig Ursache gesetzwidriger Handlungen sei, die Gefühlsstumpfheit und der Mangel an Initiative des Hebephrenen führe zur Vagabondage, diese zum Diebstahl und anderen kriminellen Handlungen.

Zunächst gälte es wohl, diejenigen Symptome der Schizophrenie herauszufinden, welche in hervorragender Weise kriminelle Handlungen begünstigen und einleiten. Richtiger ist es, allgemein von antisozialem Verhalten zu sprechen, da von einer subjektiven Kriminalität in den Fällen nicht mehr die Rede sein kann, wo die Voraussetzungen der §§ 51 und 56 des deutschen Strafgesetzbuchs erfüllt werden, da ferner eine Reihe unethischer Handlungen hierher gehören, die objektiv nicht kriminelle sind.

Es ist selbstverständlich, daß die Hauptsymptome, die *Bleuler* (a. a. O.) der Schizophrenie zugrunde legt, — Störungen der Assoziationen und der Affektivität, die Neigung, die eigene Phantasie über die Wirklichkeit zu stellen und sich von der letzteren auszuschließen (Autismus) bei Fehlen der primären Störungen der Wahrnehmung, der Orientierung und des Gedächtnisses, ferner Gedankendrängen und Sperrungen — wohl geeignet sind, das Rechtsbewußtsein einzuschläfern, einen aktiven kriminellen Kern aber nicht enthalten. In selteneren Fällen sind die rechtsbrecherischen Handlungen der Schizophrenen übrigens auch als direkte Funktionen ihrer Krankheit aufzufassen, je nach dem Zustandsbild, das der Patient gerade bietet. So greift er im paranoischen Stadium zur Verfolgung der Verfolger, so wird er im depressiven zum Selbstmörder und Kindesmörder, so respektiert er im manischen keinerlei Verordnungen, Gesetze und Rechtsgrenzen, so macht ihn sein bizarrer Sammeltrieb zum Diebe.

---

[1]) *Bleuler*, Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Aschaffenburgs Handb. d. Psych. Spez. Teil. 4. Abschnitt.

[2]) *Ernst Bischoff*, Lehrbuch der gerichtlichen Psychiatrie für Mediziner und Juristen. Urban & Schwarzenberg, Berlin und Wien 1912.

Kriminalistische Betätigung und Störung der Assoziationen gehen ebenfalls Hand in Hand. Sie beruht dann auf einer Perversion der intellektuellen Prozesse, welche die Grenzen zwischen gut und böse verwischt, so daß die rechtsbrecherischen Handlungen denen der Schwachsinnigen an die Seite zu stellen sind, wobei der Dolus, die böse Absicht, je nachdem fehlen oder vorhanden sein kann, während die Beurteilung der Tragweite der Handlungen nie überblickt wird. Andererseits sind die Störungen der Affektivität an der Kriminalität der Schizophrenen schuld; der Zustand, aus dem sie hervorgehen, würde bei negativer Gefühlsbetonung etwa der moralischen Anästhesie, dem alten Begriff der Moral insanity entsprechen, andererseits als Affekthandlung einen positiven Ausschlag bedeuten. Mit den Affektstörungen vergesellschaften sich weiter eine Reihe antisozialer Eigenschaften, die spezifisch der kranken Anlage entspringen, und die häufig sekundär Rechtsbrechereien nach sich ziehen. Die Vagabondage führt zur Bettelei, zum Landstreichen und Stehlen, die Prostitution zu Betrugsmanövern, z. B. Fälschung des Personenstandes, Beischlafsdiebstahl, Zechprellerei und Hochstapelei, der Alkoholismus zu Roheitsverbrechen usf. Vielfach kommt der Expansionsdrang der Manie dazu; denn es häufen sich immer mehr Berichte darüber, wie bei Kindern und Jugendlichen manische bzw. zirkuläre Symptome nur die einleitenden Akkorde für den schizophrenen Zerfall waren, und meine Untersuchungen an weiblichen F.-Z. bestätigen es. Ich erinnere an einige ganz ausgezeichnet beobachtete und lange Zeit verfolgte Fälle dieser Art, die *Hans v. Renesse*[1]) aus dem Material der Charité zusammengestellt hat. Einem Autor, dem *Ziehens* Anschauungen besonders geläufig sind, wird man nicht zu phantastische Ausschläge in Richtung der Dementia praecox zutrauen.

Es handelt sich um wenige, aber absolut einwandfreie Fälle. Von ganz besonderem Interesse ist die Krankengeschichte einer seit 13 Jahren unter Beobachtung stehenden Patientin, die im Jahre 1896 als Manie einer geschlossenen Anstalt überwiesen wurde. Nach 6½ Jahren erkrankte sie wieder, diesmal unter den Zeichen einer Melancholie, die im weiteren Verlauf der Krankheit zur Diagnose Katatonie führte und nach wenigen Wochen abklang. Das 3. Stadium im Jahre 1910 wird als manisches

[1]) *Hans v. Renesse*, Zur Differentialdiagnose zwischen Manie und Dementia hebephrenica (praecox). I.-Diss. Berlin bei Ebering 1912.



eingeleitet, verliert sich aber bald unter einer Reihe zweifellos hebephrener Symptome, welche den wahren Charakter des Leidens somit erst nach 14 Jahren feststellen lassen.

Gerade im Anschluß daran komme ich auf einige Fälle, wo der krankhafte Expansionsdrang zu einer ganzen Reihe der auf Reisen und Fahren gerichteten Vergehen führte und das nicht ganz klare Bild einer kindlichen Manie mit dem Ausblick auf eine spätere Schizophrenie eröffnete.

H. G., einziges Kind in guten Verhältnissen lebender Eltern, Gymnasiast, ausgezeichneter Schüler, wurde im 11. Lebensjahre plötzlich in seinem Wesen verändert, nachlässig in seinen Schulaufgaben, vorlaut und ungezogen. In dieser Zeit, die bis zu seiner Einlieferung in geschlossene Anstalt etwa 1 Jahr umfaßt, benützte er jede Gelegenheit, seinen Eltern Geld zu entwenden oder zu unterschlagen, um damit Bahnfahrten zu machen, auch Telegramme an Bekannte zu schicken, Ferngespräche nach anderen Städten zu führen usw. Als es ihm nicht mehr gelang, die nötigen Mittel dazu in die Hand zu bekommen, schmuggelte er sich in einen D-Zug ein, um als blinder Passagier eine größere Reise anzutreten, wobei er gefaßt und vom Vater erst nach 2 Tagen aufgefunden und ausgelöst werden konnte. Schon am nächsten Tag ging er heimlich auf den Bahnhof, angeblich nur, um dem Zugführer Guten Tag zu sagen. Erst nach einem Jahre wurde ein deutlich manisches Verhalten beobachtet und er nach einer geschlossenen Anstalt verbracht. Nach einigen Wochen trat plötzlicher Stimmungsumschlag ein, und nun ist es auffällig, daß ihm in dem nun folgenden Depressivstadium, in dem Klagen über den Anstaltsbetrieb im Vordergrund stehen, die Einsicht für seine ungesetzmäßigen Handlungen ganz fehlte. Während er im manischen Stadium immer renommistisch beteuerte, was er getan, sei Diebstahl, und das Jugendgericht bestrafe vom 12. Jahre ab, oder lachend ausrief: „Junge, Junge, wie kannst du so was machen, das ist Betrug", erzählte er jetzt in weinerlichem Tone gern von seinen Diebstählen und Fahrten und wollte nicht begreifen, daß dabei etwas Ungesetzliches sei, behauptete, er habe Reisedrang gehabt, und die gestohlenen und unterschlagenen Gelder könne er zum Teil aus seiner Sparbüchse ersetzen. Auch sonst bot er durchaus nicht immer das Bild eines wohlerzogenen Kindes, das er früher war, so daß seine Depressionen mehr den Charakter unbeherrschter Übellaunigkeit annahmen.

Der Junge ist vorläufig zu seinen Eltern zurückgekehrt. Die weitere Entwicklung steht abzuwarten. *Ziehen*[1]) betont zwar, daß Manie bei Kindern unter 12 Jahren relativ nicht selten vorkomme, allerdings gewöhnlich in atypischer Form,

[1]) *Ziehen*, Psychiatrie. Leipzig 1902.



womit wohl ein Ausblick auf solche Fälle gegeben ist, die *Renesse* (a. a. O.) aus *Ziehens* Beobachtungen zusammengestellt hat. *Kraepelin*[2]) fand für die ersten Anfälle manisch-depressiven Irreseins unter sämtlichen von ihm zusammengestellten Manisch-Depressiven im 1. Lebensjahrzehnt 0,4%, vom 10. bis 15. Jahre 2,5%. Demnach ist kindliche Manie oder — schließlich ist es nur eine Nomenklaturfrage — manisch-depressives Irresein im Kindesalter recht selten. Bei H. G. ist zweierlei auffällig, was gegen Manie spricht und an einen hebephrenen Zustand denken läßt: die schleichende Entwicklung, die sich fast über 1 Jahr erstreckt und durch Zurückgehen der Schulleistungen sowohl, als durch besondere Unerziehbarkeit gekennzeichnet ist, ferner die mangelnde Einsicht für die Vergehen im Depressionszustand. Die kriminelle Betätigung allerdings gehört absolut dem Expansionsdrang einer manischen Phase an, und es ist vorläufig differentialdiagnostisch nicht zu entscheiden, ob diese als das Teilstück manisch-depressiver Erkrankung sui generis anzusehen ist, oder ob sie als Vorläufer der Hebephrenie auftritt.

Der 16 jährige F. S. war beim Jugendgericht angeklagt, weil er eine Droschke für viele Stunden gemietet hatte, ohne sie dann bezahlen zu können. Da er weiter seit einem Jahr jede Nacht zu Hause entlief und niemand wußte, wo er blieb, auch sonst lauter verkehrtes Zeug trieb, kam er zur Beobachtung nach der Charité, wo Dementia praecox diagnostiziert wurde.

Als ich ihn wegen seiner Straftat sprechen wollte, gab er über seine nächtlichen Ausflüge keine Auskunft. Die Droschkenfahrt entschuldigte er damit, er habe eine Depesche bekommen, daß sein Freund in L. krank geworden sei, und habe geglaubt, mit einem Wagen, den seine Bekannten bei Ankunft in L. bezahlen würden, am schnellsten dahinzukommen. Die Unterhaltung führte er frech und flott durchaus im Sinne eines Manischen oder Hypomanischen, um gleich darnach in haltloses Weinen auszubrechen. Es ist also auch bei ihm ein allerdings schnell wechselndes manisch-depressives Stimmungsbild angedeutet, die Droschkenfahrt wohl auch auf manischen Expansionsdrang zu setzen, wenn auch mit erheblich schwachsinnigen Zügen durchsetzt; denn um schnell nach L. zu kommen, wäre die Eisenbahn am gelegensten gewesen; allerdings hat er sich die exkulpierenden Momente mit der Krankheit des Freundes usw. vielleicht erst später zurechtgelegt. —

E. M., 15 Jahre alt, wurde wegen Obdachlosigkeit von einem Kriminalschutzmann aufgegriffen und in eine Bewahranstalt gebracht. Am nächsten

[2]) *Kraepelin*, Psychiatrie, a. a. O.



Tage entwich sie daselbst und sprach in der Nacht eine Diakonisse auf der Straße an mit der Bitte, ihr eine Unterkunft zu verschaffen. Sie sei von ihren Eltern von Leipzig nach hier geschickt worden und finde sich nicht zurecht. Zur besseren Begründung imitierte sie sächsischen Dialekt. Bei der Untersuchung versuchte sie noch mehrere solche Schwindeleien anzubringen, die ihr, da inzwischen ihre Eltern als Berliner Einwohner entdeckt worden waren, leicht widerlegt werden konnten. Sie benahm sich dauernd töricht, war motorisch sehr unruhig, lachte und witzelte immerfort, rechnete einige Aufgaben, sagte dann, dazu sei sie zu kopfschwach. Sie sei zu Hause fortgelaufen, weil sie sich mal alleine versuchen wolle. Auf die Frage, ob sie immer so lustig sei? „Ja, weil Frau B., die Leiterin des Schutzhauses, so gut ist, bin ich vergnügt, aber früher war ich sehr traurig."

Sie war zu einer geordneten Unterhaltung nicht zu bringen, so daß ich sie zur Beobachtung auf eine Irrenstation empfahl. Ehe es zur Überführung kam, lief sie wieder davon.

Hier war es besonders die den weiblichen Jugendlichen so gefährliche Vagabondageneigung, die aus dem manischen Zustandsbild herauswuchs, das sicher als Vorläufer einer Hebephrenie anzusprechen ist.

Im allgemeinen richtet sich d i e A r t der schizophrenen Kriminalität nach dem Koordinatenpunkte, in den die in ihren Symptomen so wechselnde Krankheit gerade eingetreten ist, die Schwere des Vergehens oder Verbrechens, an der dolosen Absicht gemessen, aber nach dem Grundcharakter des betreffenden Individuums.

Einleitenden melancholischen Phasen wird das Suizid und mit diesem vergesellschaftet das Homizid aus altruistischen Erwägungen entsprechen, der Mord an geliebten Personen, meist den eigenen Kindern, um sie vor dem Elend und der Schlechtigkeit des Daseins zu bewahren oder, in Anknüpfung an religiöse Motive, um ihre Seelen zu retten u. a. m. So berichtet *Kraepelin* [1]) von einer Patientin, die ihre Bettnachbarin erdrosseln wollte, um sie von ihren Leiden zu befreien. Die der Melancholie oder einem Depressionsstadium zugeschriebenen Kindesmorde sollten doch zu denken geben, sobald Bizarrerien der Ausführung dabei nicht zu verkennen sind.

Eine Frau, die ihr Kind getötet hatte, umschnürte die Leiche wie *ein* Paket mit Bindfaden, den sie an mehreren Stellen siegelte, und holte dann die Polizei. Ich denke dabei weiter an die manchmal wunderlich eingekleideten Serienmorde, wo eine Mutter ihre Kinder der Reihe nach vom Leben zum Tode befördert. Eine Frau erdrosselte ihre drei Kinder

---

[1]) ***Kraepelin***, Psychiatrie, a. a. O.



und hing sie dann der Größe nach in einer Reihe an für das Geschirr bestimmte Haken in der Küche. Der Versuch, sich selbst dazuzuhängen, mißglückte. Eine andere Patientin ertränkte ihre fünf Kinder eines nach dem anderen in der Badewanne und setzte sie dann frisch gekleidet und gekämmt in einer Reihe im Zimmer an die Wand. Ihr eigener Selbstmordversuch wurde vereitelt. Sie hatte zu dem Mordwerk mit den entsprechenden Toilettemanövern eine ganze Nacht gebraucht.

Die Selbstmorde der Schizophrenen sind gar nicht so selten. Zu den in ein melancholisches Prodromalstadium fallenden gesellen sich die den erwähnten an Zahl überlegenen, die als Bizarrerien, als Einfallshandlungen, als Ausfluß des Negativismus anzusehen sind.

Wie relativ häufig Konamina bei Schizophrenie sind, wird durch *Gaupps* [1]) und meine [2]) Zahlen erwiesen. *Gaupp* verzeichnet 21 Selbstmordversuche bei Dementia praecox, ich unter 200 Selbstmörderinnen 10, unter diesen 2, die bei einer den Krankheitsprozeß einleitenden Melancholie, und 2, die infolge bedrohlicher Halluzinationen gemacht wurden und katatonische Stadien einleiteten, während die übrigen im völligen Zerfall der geistigen Persönlichkeit vor sich gingen.

Daß die Schizophrenen zu Mördern und Totschlägern — ganz abgesehen vom altruistischen Homizid oder dem Kindesmord, der nur als eine Ausgestaltung des Suizids anzusehen ist — werden können, ist schon mehrfach in der Literatur kasuistisch belegt, daß Mord und Totschlag als einleitende Frühsymptome der Erkrankung auftreten, erfahren wir einwandfrei aus *Baers* [3]) Arbeit, der Gelegenheit hatte, 22 jugendliche Mörder längere Zeit im Gefängnis zu beobachten. Bezüglich ihres Geisteszustandes sagt er: 3 waren geistesschwach, 4 epileptisch, 3 psychisch defekt, 12 geistesgesund, 4 waren mit Epilepsie in früher Kindheit oder später behaftet gewesen, 2 zeigten ferner kenntliche Spuren eines geisteskranken, defekten Zustandes, so daß sie auch früher oder später einer Irrenanstalt zugeführt werden mußten.

Gerade diese zwei Fälle bieten ein besonderes Interesse. I. L. erschießt mit 15—16 Jahren seine Tante „wohlüberlegt“ aus Rache und

---

[1]) *Gaupp*, Über den Selbstmord. München 1910. II. Aufl.

[2]) *Stelzner*, Analyse von 200 Selbstmordfällen. Berlin 1906.

[3]) *A. Baer*, Jugendliche Mörder und Totschläger. Arch. f. Kriminalanthrop. Bd. 11, 1903.



bekommt 13 Jahre Gefängnis. In seiner Familie waren erblich belastende Momente nicht nachzuweisen. Sein Körper ist robust entwickelt, sein Wesen verschlossen, mürrisch; rohes Fühlen, ungezügelter Jähzorn; einzelne körperliche Degenerationszeichen. Er hatte eine geringe Schulbildung genossen, war wenig intelligent, das Gedächtnis überaus gut.

Während der Strafverbüßung ist er nachlässig, eigensinnig, bisweilen frech, jähzornig, bösartig, nach 6 jähriger Strafhaft und einem Affektshock tief verstimmt, mißtrauisch, apathisch, verweigert Nahrung, hat Anfälle von Unruhe und Präkordialangst, verblödet mehr und mehr.

Nach dem heutigen Stand der Frage von den Verblödungspsychosen unterliegt es wohl keinem Zweifel, daß es sich um Dementia praecox handelt. Wenn eine Verschlimmerung bzw. ein deutliches Hervortreten psychotischer Zustände, ein „Schub" im Anschluß an einen Affektshock erfolgt, so ist dies durch den Begriff der reaktiven Psychose bei Schizophrenie, wie ihn *Bleuler* (a. a. O.) aufgestellt, *Jaspers* [1]) ausgebaut, *Birnbaum* [2]), *Aschaffenburg* [3]) u. a. angenommen haben, einwandfrei zu erklären. *Bonhoeffer* [4]) betont besonders, daß selbstverständlich wie bei der progressiven Paralyse bei der Dementia praecox eine psychogene Entstehung zwar nicht behauptet werden kann, daß aber auf psychogene Einflüsse hin augenfällige Veränderungen im Krankheitsbilde zu bemerken sind.

Ich übergehe die verschiedenen Symptome krankhafter Geistesstörung im Sinne der Schizophrenie, die I. L. sonst noch bot und subsumiere, daß der plötzlich einsetzende Mordgedanke, dessen Ausführung keine Reue hinterläßt, das erste sichtbare Glied in einer Kette war, dessen letztes in einer Irrenanstalt endet, wohin Pat. im Jahre 1883 in einem dement-paranoischen Zustande verbracht worden war, und wo er sich im Jahre 1903 noch in tiefer Stumpfheit und Verblödung befindet.

Über den Ausgang und die Diagnose seiner Erkrankung besteht somit kein Zweifel. Um so mehr muß der kriminelle Anfang nach etwa pathologischen Zeichen durchforscht werden. L. selbst war der Tat geständig, stellte sie aber so dar, als sei er seiner Mutter gegen die Tante zu Hilfe gekommen und habe sie dabei in der Wut erschossen. „Diese

---

[1]) *Jaspers*, Kausale und „verständliche" Zusammenhänge zwischen Schicksal und Psychose bei der Dementia praecox (Schizophrenie). Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1912.

[2]) *Birnbaum*, Psychosen und Wahnbildung usw. Halle, Marhold, 1908.

[3]) *Aschaffenburg*, Degenerationspsychosen und Dementia praecox bei Kriminellen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1912.

[4]) *Bonhoeffer*, Wie weit kommen psychogene Krankheitsbilder und Krankheitsprozesse vor, die nicht der Hysterie zuzurechnen sind. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1911.



Angaben sind gerichtlicherseits nicht als wahrheitsgetreu befunden. Es hat sich vielmehr ergeben, daß L. seine Tante schon lange mit Haß und Groll verfolgte. Oftmals tat er Äußerungen in dem Sinne: Ich will ihr was auswischen. Die N. ging mittags zu ihrer Tochter mit einem Eimer Milch. Das bemerkte L. und faßte den Entschluß, sie auf dem Rückwege zu töten. Mit geladenem Gewehr lauerte er ihr, an der Haustür stehend, auf und schoß sie nieder, als sie bei ihm vorüberkam.“ Das Gericht war überzeugt, daß es sich um die wohlüberlegte Ausführung eines Racheaktes gehandelt habe. „Der p. L. hat“, so heißt es in dem Strafurteil, „einen verworfenen Charakter; er hat bis zum letzten Augenblick gelogen und die Tötung mit Überlegung ausgeführt. Er hat seine eigene Tante aus Rache erschossen und zeigt dann nicht eine Spur von Reue über diese ruchlose Tat.“ Das letztere gerade, das dem Gericht als belastendes Moment erscheint, wird vom Psychiater als entlastendes pathologisches gedeutet werden, als ein infolge eines Zerfallprozesses einsetzendes Schwinden der ethischen Gefühlstöne. Auch die leicht zur Entdeckung führenden Umstände bei einem nicht primär schwachsinnigen Individuum fallen auf, ebenso das immerhin Impulsive der Handlung. *Baer* gibt eine Schilderung seiner Persönlichkeit bei Aufnahme in die Anstalt: „Er war verschlossen und mürrisch. Er sprach sehr wenig, ungemein langsam und eintönig, häufig etwas näselnd, dabei war Kopf und Blick nach unten gerichtet. Dem bizarren, stumpfen und rohen inneren Wesen entsprach sein Äußeres usw.“ Zweifellos war es nach dem damaligen Stande der psychiatrischen Wissenschaft und dem Zustande des Angeklagten unmöglich, die heute gültige Diagnose zu stellen. Damals und selbst heute, wo dem Psychiater allgemein eine zu weitgehende Exkulpationsfreudigkeit vorgeworfen wird, könnten ihm kaum die Bedingungen des § 51 als erfüllt zugebilligt werden. Das höchste, was ein Sachverständiger erreichen würde, wäre eine sechswöchentliche Beobachtung in einer Landesirrenanstalt, die möglicherweise ganz resultatlos verlaufen könnte, indem sich zwischen die ersten und die darauf folgenden Krankheitsschübe monate- und jahrelange freie Intervalle schieben können. Wenn aber die Möglichkeit besteht, ex und propter post die Frühsymptome zu erkennen, so wäre die Forderung zu stellen, solche genauestens an klaren Fällen zu studieren und diese Kenntnis im Interesse der Gesamtheit zu verwenden. Nach dem, was über den Fall später bekannt wurde, wäre die inkriminierte Tat als Einfallshandlung bei beginnendem Zerfall der affektiven und intellektuellen Prozesse zu deuten. —

In dem Falle M., dessen Schilderung wir ebenfalls *Baer* verdanken, sind schizophrene Symptome zur Zeit der Begehung der strafbaren Handlung kaum herauszufinden. M.s intellektuelle Fähigkeiten waren überaus gut ausgebildet. Er besuchte die Schule bis zur Untertertia, aus der er mit 14 Jahren abging. Im Alter von 16 Jahren führte er mit einem Komplizen, dessen Haupt der Plan entsprang, einen wohl vorbereiteten Tot-

schlag an einem Bekannten aus, um diesen zu berauben. M. hatte sich schon vorher verschiedener kleiner Diebstähle und Betrügereien schuldig gemacht und schon früh einen Hang zur Ungebundenheit, zur Lüderlichkeit und Zügellosigkeit gezeigt. Während der Untersuchungshaft wurde er dadurch auffällig, daß er in ein Lesebuch Bemerkungen eingekratzt hat wie: „O du himmlische See, kennst nicht mein Weh." — „na Prosit" — „Ochsentreiber" — „Ich habe einen Mord begangen, den 13. III. 1887". Seine Stimmung ist nach *Baer* während der ganzen Haftzeit gedrückt; er ist immer verschlossen, sehr leicht erregt und zeitweise von Angst und Unruhe befallen. Er zeigt eine ausgezeichnete Befähigung für geistige Arbeit, wird jedoch sehr bald in seiner Kleidung und äußeren Haltung auffallend nachlässig. Er mußte später aus der Zellenhaft entlassen werden, weil sein geistiger Zustand ihn für diese ungeeignet machte. Sein Gesamtverhalten war stets ein abnormes und erregte schon früh den Verdacht, daß der Zustand seines Gefühls- und Gemütslebens krankhaft affiziert und defekt sei. Immerhin verbüßte er seine volle Strafzeit von 5 Jahren. Ein Jahr später — Juli 1893 — mußte er während eines plötzlichen Ausbruchs von Tobsucht in die Irrenanstalt verbracht werden. Am 1. April 1894 wird von da über ihn berichtet: „Augenblicklich befindet sich M. schon seit Monaten im katatonischen Stupor mit Stummheit, Speichelfluß, mäßiger Gliederstarre." Er ist sehr bald in einem Zustande tiefster Verblödung seinen Leiden erlegen.

Baer geht auf die Art seiner Verblödung nicht ein, die ja einwandfrei der katatonen Schizophrenie zugerechnet werden muß; doch betont er, daß M. schon zur Zeit der Begehung seines Verbrechens und wohl auch schon von Kindheit an ein degeneriertes, psychisch defektes Individuum gewesen ist. Dies zugegeben, unterscheidet sich M.s Fall dadurch so außerordentlich von dem L.s, daß die Straftat keinerlei pathologische Momente darbietet, sondern zielbewußt und zweckentsprechend unter allen nötigen Vorsichtsmaßregeln vorgenommen wurde, während bereits in der Untersuchungshaft ein bizarres Verhalten eintrat. Da er als ein von Jugend auf ethisch defektes Individuum geschildert wird, so ließe sich annehmen, daß die der Schizophrenie zufallende Abflachung der ethischen Begriffe auf die angeborene Degeneration gepfropft, ihn der Mordtat nur zu leicht geneigt gemacht habe. Jedenfalls geht die moralische Debilität der intellektuellen sehr weit voraus, so weit, daß weder der juristische Beurteiler noch der medizinische Sachverständige dieser scheinbaren Intaktheit gegenüber auch nur zu einem non liquet gekommen wäre. Etwas anderes ist es mit seiner Überführung in die Irrenanstalt, die vielleicht schon vom Gefängnis aus erfolgt wäre, wenn nicht viele seiner Eigentümlichkeiten als Heimsuchungen schwerer Gewissensbisse wegen einer möglicherweise bestehenden und noch ungesühnten zweiten Blutschuld gedeutet worden wären.

Bei beiden Mördern dürfen wir nicht vergessen, daß es sich um



Individuen handelt, die primär zu rechtsbrecherischem Verhalten neigten. Der eine war schon von Kind auf verschlossen, mürrisch, von rohem Fühlen und ungezügeltem Jähzorn, der andere ein degeneriertes, ethisch defektes Individuum. Beide besitzen die einzige verbrecherische Naturanlage, die überhaupt existiert, und die man gewöhnlich als Mangel an Altruismus bezeichnet, die in Wirklichkeit aber etwas Positives ist, nämlich die Freude am Leiden der anderen, die sich häufig auch noch direkt mit einer Freude am Häßlichen vergesellschaftet. Wenn Intelligenz und Erziehung dahin führen, daß die boshaften verbrecherischen Neigungen nicht in die Erscheinung treten, die soziale Stellung nicht erschüttern, so läßt sich andererseits nachweisen, daß jede Lockerung der einen und Mangelhaftigkeit der anderen einen Abstieg zur Tiefe des Verbrechens begünstigen. Die Schizophrenie zeitigt demnach keine kriminellen Anlagen (s. *Bleuler*); diese müssen vorhanden sein; aber indem sie ethische und intellektuelle Hemmungen lockert, wird die verbrecherische Komponente frei; es kommt zur dolosen Handlung. Der Dolus der verbrecherischen Handlung bestimmt sich nicht nach der Art der Erkrankung oder nach ihrem Grade; sondern nach der primären Wesensveranlagung.

Die genaue Durchforschung der Lebensbilder, wie sie bei jüngst Erkrankten noch gut möglich ist, bringt einwandfreie Beweise dafür, daß eine eigentliche Charakterveränderung in ungünstiger Richtung bei Schizophrenie nicht stattfindet, sondern nur ein unverhülltes Hervortreten der üblen Anlagen.

Am deutlichsten ist dies bei der schwersten Form des Rechtsbruches zu beobachten, bei der Absicht, einen Nebenmenschen an Leib und Leben zu schädigen, wobei die Motive natürlich für die Beurteilung ausschlaggebend sind. *Baer*s schizophrene Mörder zeigen von ihrer frühesten Kindheit an eine Serie von Eigenschaften, die sie in erster Linie zu egoistischen, andere schädigenden Handlungen geeignet machen. Während M.s Tat jedes exkulpierende Moment vor den Gesetzen der Ethik fehlt, ist bei L. wenigstens ein Affekt angedeutet. Stellen wir daneben *Kraepelin*s Patientin, die den Mord an der Nebenpatientin aus rein altruistischen Beweggründen begehen will, um diese von ihren Leiden zu befreien wie der Bär, der den Kopf seines Herrn zerschmettert, um ihm die Fliegen zu verjagen, so haben wir hier ein rein ethisches Motiv mit einer durch den Mangel an Intellekt



verkehrten Zielrichtung. Diese Mordlustige war sicher ihr Leben lang eine gute Frau gewesen. In der Mitte zwischen dem egoistischen und dem altruistischen Mord steht das häufig in den Anfang der Schizophrenie fallende im momentanen Affektüberschwang begangene Roheitsverbrechen an Leib und Leben.

Daß in den Frühstadien der Schizophrenie auch eine Mordtat aus ethischen Motiven und aus den Erwägungen einer starken Intelligenz hervorwachsen kann, beweisen die selteneren Fälle von Verbrechern aus sozialen Motiven bei schizophrenen Fanatikern.

Ein interessantes menschliches Dokument ist der politische Mord der sich im Gefängnis als schizophren entpuppenden Tatjana L., die im Alter von 23 Jahren am 14. August 1906 einen unbeteiligten Privatmann im Speisesaal eines Interlakener Hotels mit Vorsatz durch mehrere Schüsse tötete, in der Annahme, den russischen Polizeiminister Durnowo vor sich zu haben.

In gelegentlichen journalistischen Publikationen war davon die Rede gewesen, daß die Betreffende geistig erkrankt sei, und die Aufzählung einzelner Symptome brachte mich auf die Vermutung, daß es sich wohl um Schizophrenie handele. Durch die freundliche Vermittelung des Schweizer Nationalrates Dr. *Bühler*, Redakteur des Bund, Bern, konnte ich mich mit dem damaligen Gutachter der T. L., Dr. *Glaser*, jetzt in München-Buchsee, und dem Direktor der Irrenanstalt, die später T. L. als Patientin aufnahm, in Verbindung setzen. Ebenso wurden mir die Nummern des „Bund“ aus dem Jahre 1907 zugänglich gemacht, die in ausgezeichneter, in den wichtigsten Teilen stenographierter Berichterstattung das Hauptsächlichste über die Gerichtsverhandlungen und das schriftliche und mündliche Gutachten der Psychiater bringen.

Es liegt nicht im Rahmen meiner Arbeit, durch das Studium der Krankengeschichte, die in der Irrenanstalt Münsingen geführt wird, die späteren Stadien der Psychose zu beleuchten. Ich zitiere, was Herr Dr. *Brauchli*, Direktor der Anstalt, auf meine Frage freundlicherweise darüber schreibt: „T. L. leidet tatsächlich an Schizophrenie. Es finden sich in ihrem Krankheitsbild sowohl einfach demente, als auch paranoide und katatone Züge. Das auffallendste Symptom ist die im Laufe weniger Jahre entstandene hochgradige affektive Verblödung. Der Zeitpunkt des Manifestwerdens der Krankheit läßt sich kaum genau bezeichnen. T. L. hat bereits 1905 eine Gefängnispsychose durchgemacht, als sie wegen Teilnahme an einer revolutionären Bewegung in Petersburg verhaftet und in der Peter-Pauls-Festung interniert worden war. Sie war damals mehrere Monate in einer Petersburger Anstalt versorgt gewesen. Es erfolgte dort eine anscheinend vollständige Abheilung der Psychose. Nach dem Morde

zu 4 Jahren Zuchthaus verurteilt, wurde sie zur Abbüßung der Strafe in das Gefängnis Johannsen verbracht. Dort erkrankte sie nun in den letzten Monaten 1907. Offenbar war auch die Gefängnispsychose schon ein schizophrener Schub gewesen."

Ihr Lebensgang ist in kurzem folgender: Als Tochter eines höheren russischen Beamten wurde sie bis zum 15. Jahre in Petersburg von Gouvernanten erzogen, kam dann aus Gesundheitsrücksichten nach Lausanne, besuchte daselbst ein Mädchengymnasium und lernte gleichzeitig die in der Schweiz sich zusammenfindenden terroristischen Kreise kennen, die von nun an die Richtschnur ihres Lebens bestimmten. Sie bestand in sehr jungen Jahren das Abiturientenexamen und studierte ein Semester Medizin. Im Jahre 1905 begab sie sich wieder nach Petersburg und soll dort durch den vom Priester Gapon eingeleiteten, so blutig endenden Bittgang nach dem Winterpalast mächtig erregt worden sein, so daß sie sich danach mit größter Energie der revolutionären oder vielmehr terroristischen Partei anschloß und, eines Anschlages auf Trepow verdächtigt, am 6. März 1905 auf der Straße verhaftet und nach der Peter-Pauls-Festung verbracht wurde, jedoch wegen eines daselbst einsetzenden Depressionszustandes, der zum Teil als Reaktionspsychose auf die Idee aufzufassen ist, sie habe ihre politischen Freunde durch ihre Aussagen belastet und die Hinrichtung einiger verursacht, nach einer Irrenanstalt abgegeben wurde, wo sie sich vom 18. Mai bis 5. Dezember 1905 befand, dann ungeheilt entlassen und der gerichtlichen Verfolgung entzogen wurde. Sie hatte dort mehrere auf das melancholische Zustandsbild zurückzuführende Selbstmordversuche gemacht und hörte Stimmen, welche sie mit Hinrichtung bedrohten. Wieder genesen ging sie mit ihrer Mutter, die ihr sehr viel Freiheit ließ, nach Genf und fuhr von dort aus nach Interlaken, wo sie mehrere Tage mit einem Genossen als angebliches Ehepaar in einem Hotel zusammenwohnte. Der Mann reiste ab, und danach machte sie im Auftrag des terroristischen Komitees das Attentat auf den angeblichen Durnowo. Zunächst wurde sie nicht identifiziert, da sie alles getan hatte, um Namen und Herkunft zu verwischen.

Da Zweifel an ihrer geistigen Intaktheit aufstiegen, wurde eine sechswöchige Beobachtung in der Irrenanstalt Münsingen erwirkt. Die ausgezeichneten Untersucher und Beobachter, der damalige Direktor Dr. *Glaser* und Dr. *Good*, kommen in ihrem Gutachten zu dem folgenden Schluß:

Die L. sei zur Zeit der Ermordung des M. ihrer Straftat und der Strafbarkeit derselben bewußt und zur Zeit der Tat nicht geisteskrank gewesen. Sie sei eine geistig wohlentwickelte und zurzeit auch körperlich gesunde Person.

Infolge erblicher Belastung und eines von jeher leicht erregbaren Nervensystems habe sie vor nicht langer Zeit eine Geistesstörung durchgemacht. Infolgedessen sei sie in hohem Grade disponiert gewesen, auf



die ungesunden politischen Zustände leidenschaftlich zu reagieren und ein überzeugtes Mitglied der terroristischen Partei zu werden.

Der Umstand, daß sie dank ihrer psychopathischen Natur von der revolutionären Bewegung fortgerissen wurde, sei geeignet gewesen, ihre Willensfreiheit zu vermindern. Sie habe daher die inkriminierte Tat im Zustande verminderter Willensfreiheit begangen.

Schon dieser Auszug, aber auch das ausführliche Gutachten zeigen, welch hervorragende Beobachter und welche vorsichtigen Gutachter diese beiden Psychiater waren. Aber Direktor *Glaser* ging in seinem mündlichen gutachtlichen Fachbericht noch einen Schritt weiter mit einem sehr wichtigen und wertvollen Ausblick in die Zukunft der Angeklagten, indem er sagte: „Wenn die Angeklagte auch hier im Saal ziemlich gelassen erscheine, so könne es doch vielleicht nicht lange gehen, bis eine Explosion des Gemütes erfolgte." Diese Prognose, welcher die Tatsachen später genau entsprachen, ist von einer solch verblüffenden Zielsicherheit, daß man beinahe einen deutlicheren Hinweis auf Schizophrenie oder Dementia praecox erwartet. Aber das Gesamtverhalten der Angeklagten war hier wie in vielen Fällen, wo die Beobachtungszeit gerade in eine Remissionsphase fällt, kein für Schizophrenie charakteristisches, sondern das einer fanatisierten psychopathischen Persönlichkeit. Und selbst gesetzt den Fall, *Glaser* hätte hier von Jugendverblödung oder von geistigem Verfall gesprochen, welcher Richter und ganz besonders welcher Geschworene hätte angesichts dieser Hochintellektuellen, als welche die T. L. zweifellos erscheint, dem Gutachten beigestimmt. Im allgemeinen neigte *Glaser* dazu, sie zu der Gruppe der politischen Wahnsinnigen (*Krafft-Ebing*) zu stellen.

Als ein großes Glück ist es zu betrachten, daß in das Schweizer Gesetz der Begriff der verminderten Willensfreiheit einbezogen ist; denn die Geschworenen hatten auf Mord erkannt, auf dem lebenslängliches Zuchthaus steht, da das Berner Strafgesetzbuch seit 1874 die Todesstrafe abgeschafft hat. Liegen mildernde Umstände, die hier angenommen wurden, vor, so soll lebenslängliches Zuchthaus oder zeitliches nicht unter 20 Jahren ausgesprochen werden. Die mildernden Umstände verwandelten demnach das „lebenslänglich" in „zwanzigjährig" um, und der Psychiater erst konnte mit Annahme der geminderten Willensfreiheit das Urteil dahin beeinflussen, daß es auf 4 Jahre herabgesetzt wurde. Es herrschte damals eine starke Strömung, daß diese Strafe zu gelinde sei. War die L. aber damals schon, wie heute wohl anzunehmen ist und von *Brauchli* auch angenommen wird, schizophren erkrankt, so wurde sie zu Unrecht verurteilt und hat ein halbes Jahr bis zu ihrer Ablieferung in eine Anstalt für Geisteskranke zu Unrecht Strafhaft erlitten.

Es ist nicht schwer, n a c h t r ä g l i c h aus dem Bilde der T. L. eine Reihe Frühsymptome der Schizophrenie herauszufinden, und das soll durchaus nicht als eine Kritik und Spätkorrektur des ausge-



zeichneten *Glaser*schen Gutachtens gedeutet werden, sondern vielmehr als Memento in ähnlichen Fällen dienen in Staaten, welche den Begriff der geminderten Willensfreiheit nicht kennen, wo die Todesstrafe noch in Kraft ist und aus einem Justizirrtum ein Justizmord werden kann. Ich möchte an die vor wenigen Jahren hingerichtete Mörderin Baier erinnern, deren Lebens- und Krankheitsbild doch nicht absolut geklärt erscheint. Daß bei T. L. auch während der Verhandlung manches schon dem Laien Auffällige hervortrat, beweist der Ausspruch eines Berliner Juristen, welcher damals schrieb: „T. L. ist vor dem Gesetz eine Mörderin — wenn sie keine Wahnsinnige ist. Ist sie das? — es würde vermessen sein, dies aus der Ferne beurteilen zu wollen."

Ich habe mich bemüht, aus dem mir zur Verfügung stehenden Material die hierhergehörigen Züge zusammenzutragen. Was T. L.s Äußeres betrifft, so wird es wie folgt geschildert: „Das interessante Gesicht zeugte von großer geistiger Arbeit, aber auch von großem Selbstbewußtsein, ja Eigensinn, von Laune und fanatischen Anlagen." War ihre überragende Intelligenz damals auch wirklich noch als ganz intakt anzusehen? Einige Zeichen sprechen dagegen. Zunächst, daß bei einem Plan, der so weitschauend ausgedacht war, daß sich z. B. in ihrer Kleidung, in ihrer Habe nicht ein Stück fand, das ihre Herkunft verriet, sie eine Sache von solcher Wichtigkeit, wie die richtige Erkennung des Opfers, auf eine Karrikatur aus einem französischen Witzblatt und das Gerücht gründete, Durnowo verberge sich unter dem Pseudonym Müller. Als ihr später die Photographien M.s und Durnowos vorgelegt wurden und man sie darauf aufmerksam machte, daß keinerlei Ähnlichkeit zwischen beiden bestehe, auch Haar- und Barttracht ganz anders seien, beharrt sie darauf, die Ähnlichkeit sei sehr groß, Haar- und Barttracht könnten ja geändert werden. Jedenfalls hatte sie sich nicht im mindesten Mühe gegeben, sich über die Identität ihres Opfers zu vergewissern. Einem noch offensichtlicheren Versagen ihrer Intelligenz begegnen wir in ihrer Antwort auf die Frage des Präsidenten: „Haben Sie nicht bedauert, diesen unschuldigen Greis getötet zu haben, der ein solches Ende nicht verdiente?" Sie antwortete: „Zweifellos. Ich hätte es niemals absichtlich getan, aber als Sozialistin habe ich es nicht allzusehr bedauert, ein Mitglied der bürgerlich-kapitalistischen Gesellschaft aus dem Wege geräumt zu haben, der noch dazu ein älterer Mann war." Hier haben wir doch schon eine recht erhebliche Minderung ihrer Urteilskraft in dement-paranoidem Sinne auf einem Gebiet, das ihr das geläufigste war, auf dem der politischen Ansichten. Ihre Partei hatte zweifellos ein großes Interesse an einem gewaltsamen Tode Durnowos, aber keines an dem eines älteren Rentiers, des Untertanen einer Republik. Die intellektuelle Minderung überragt die ethische, mit der sie Hand in Hand geht, hier in hohem Maße. Noch im Petersburger Gefängnis hatte es von ihr geheißen, sie könne keine Fliege töten, und jeder andere alte Mann würde ihr bitter leid getan haben.

während sie unbedenklich jedes Mitglied der kapitalistischen Gesellschaft jetzt als reif für die Pistole erklärte. Als ein Nachlassen ihrer Verstandeskräfte ist es auch zweifellos aufzufassen, wenn sie in ihrer sonst sehr geschickten Verteidigungsrede, die sich mit der Korruption in Rußland und mit ihrer eigenen Entwicklung zur Sozialistin beschäftigt, plötzlich zu einem Ausfall auf die Schweiz, wo es ihr doch recht gut ergangen war, abspringt und schließt: „Nicht nur in Rußland, sondern auch in den übrigen Ländern, selbst in der Schweiz, gibt es Ungeheuer, die von der terroristischen Partei vernichtet werden müssen. Die Gerichte sind überall nur Marionetten der Regierung." In ihre Hirntätigkeit ist damit schon eine gewisse Einförmigkeit gekommen. Sie differenziert nicht mehr deutlich, sondern plaidiert für Vernichtung alles Bestehenden.

Die weitgehende affektive Verblödung, über die *Brauchli* aus Münsingen später berichtet, ist auch jetzt schon in einzelnen Zügen angedeutet. Eine Schulfreundin aus Lausanne, die innig an ihr hing, sah sie nach längerer Zeit, aber etwa ein halbes Jahr vor begangener Mordtat wieder, fand sie in körperlicher und geistiger Beziehung verändert und war vor allem dadurch betroffen, daß T. L. so wenig von dem Kummer ihrer Eltern über ihr politisches Treiben angefochten war und ihr auf Vorhalten entgegnete: „Ich liebe wohl meinen Vater und meine Mutter, aber man muß das russische Volk retten." Das stärkste Zeichen der affektiven Störung besteht wohl in der Gleichgültigkeit dem Umstande gegenüber, daß sie Durnowo nicht erschossen hatte, worauf sie doch mit allen Kräften ausgegangen war, sondern daß dieser noch lebte. Sie wird davon innerlich nicht mehr voll berührt. — Weiter: „anstatt Zeichen von Ergriffenheit zu geben, als sie ihre Mutter im Sitzungssaal erblickt, huscht ein leises Lächeln über ihre Züge". — Ihre Leidensgeschichte erzählt sie in einem leichten Plauderton, als ob die Sache sie gar nichts anginge, ihre Worte zuweilen mit einem ironischen Lächeln begleitend. — In den 7 Monaten der Untersuchungshaft und während der Verhandlungen hat sie keine Träne vergossen, keine Klage geäußert, keine Spur von Reue gezeigt, sondern stets in derselben, gemacht erscheinenden, gleichgültigen Haltung, mit demselben unbefangenen, kalten Blick dagesessen, dabei unermüdlich während all der Stunden der Verhandlung große vor ihr liegende Bogen Papier mit Skizzen und zeichnerischen Spielereien anfüllend. Wenn darin schon die Andeutung einer Bizarrerie liegt, so ist noch mehr an eine solche zu denken, wenn es heißt, daß sie an eine Freundin geschrieben hat, sie habe beim Besuch einer Bekannten im Vorzimmer so schöne Rosen stehen sehen, daß sie der Versuchung, diese aufzuessen, nicht hätte widerstehen können. Daß sie sich für die Tat eigens eine Luxustoilette anfertigen ließ, um die Sache auch äußerlich recht wirkungsvoll auszugestalten, liegt so vollständig im Symptomenbilde der Hysterie, daß es hier nur insofern verwertbar ist, als hysterische Züge, namentlich hysterische Eitelkeiten, ihr sonst gänzlich fehlen. — Das Moment ihres Zu-



sammenwohnens mit dem Parteigenossen als besonderes ethisches Herabsinken zu kennzeichnen, wäre gänzlich verfehlt, wenn man daran denkt, in welch intimer und dabei geschlechtsloser Weise russische Studenten und Studentinnen an Schweizer Universitäten miteinander verkehren, ohne jede Koketterie, äußerlich beide gleich asketisch und herabgekommen aussehend, nur durchglüht von erhitzenden politischen Ideen. Im übrigen hatte sie mit dem gesamten terroristischen Parteiprogramm auch die Forderung der freien Liebe auf das Schild gehoben.

Selbst angesichts des Depressionszustandes in Petersburg — von einem manischen ist nichts bekannt — und in Würdigung einer in der Untersuchungshaft durchgemachten Affektkrise sind all die hier erwähnten Zeichen zur Diagnose Schizophrenie damals nicht ausreichend gewesen, meines Erachtens wohl aber dazu, sie als im Bereich der Möglichkeit liegend in Betracht zu ziehen und bei schwerer Kriminalität auch in den Staaten, die den Begriff der verminderten Willensfreiheit nicht kennen, mildernd auf das Urteil und verzögernd auf den Strafvollzug einzuwirken.

Für die Erwägung, ob T. L. zu ihrer wilden Tat durch ihre Veranlagung kam, oder ob sie eine Funktion ihrer Krankheit war, geben die Urteile, die über sie von verschiedenen glaubwürdigen Personen gefällt werden, gute Anhaltpunkte. Was ihren Charakter betrifft, so bezeichnen ihn ihre Eltern als einen stets ernsten und verschlossenen. Als Schülerin in Lausanne war nach dem Urteil des Direktors ihr Verhalten unanfechtbar, besonders gern beschäftigte sie sich mit Erziehungsfragen, und eine junge Schweizerin, die von ihrem 14. bis 17. Lebensjahre ihre Kameradin und Freundin war, sagt aus, daß T. L. eine wahre Freundin sei, eine der Personen, mit denen man fürs Leben verbunden bleibe, so sehr war ihr Charakter aufrichtig und entgegenkommend. Sie hatte ein gutes Herz, war wohltätig und hilfsbereit. Das Studium der Medizin gab sie auf und wollte Lehrerin werden, um dem Volke durch einen anderen Unterricht zu helfen als dem aus dem russischen Katechismus. Sie interessierte sich für alle sozialen Fragen und fand, daß die Medizin nicht ihr Beruf sei, da es nötiger wäre, die sozialen Wunden zu heilen als die des Körpers. Aus alledem geht hervor, daß persönliche Eitelkeit wie jedes egoistische Moment ihr fernliegt. Begabt mit starken sozialen Instinkten, wäre sie infolge dieser Veranlagung, die außerdem mit der reizbaren Schwäche einer psychopathischen Konstitution zusammenfiel, wenn nicht Organisatorin, so doch fanatische Anhängerin irgendeiner weltverbessernden Partei geworden, deren Note sich nach den äußeren Einflüssen bestimmte, wenn nur die Gelegenheit, für andere zu wirken, damit verbunden war. Sie wäre im Mittelalter eine Fanatikerin der Kreuzzüge gewesen, im modernen England Suffragette, in Amerika vielleicht Christian Scientist geworden und in Deutschland der Vereinigung für Mutterschutz beigetreten. In Rußland mußte sie Terroristin werden. Die Idee des politischen Mordes, den sie begehen wollte, ist nicht als Funktion der Schizophrenie, sondern als



Folge ihrer psychopathischen Veranlagung zu betrachten, deren Expansionsdrang sie in diese überhitzten Kreise riß und ihrem Altruismus die starke einseitige Betonung gab, die sie dazu trieb, ihr eigenes Leben als Opfer in die Schanze zu schlagen und an einem anderen zur Verbrecherin zu werden. Es ist wahrscheinlich, daß der Beginn ihrer Erkrankung und der Beitritt zur terroristischen Partei zeitlich ungefähr zusammenfielen und infolgedessen etwaige Hemmungen, die ihr Intellekt den ausschweifenden Forderungen des Programmes entgegengesetzt hätte, gelockert wurden, aber am kriminalistischen Gesamtbilde ändern sie nichts. Das war diktiert von einem ihrer psychopathischen Persönlichkeit zugehörenden Opferdrang, der allerdings in ihrer Verteidigungsrede schon eine stark paranoide Färbung annimmt. Als der Schizophrenie zugehörig sind dagegen eine Reihe anderer, besonders während der Verhandlung auftretender Symptome zu betrachten. Als erstes die Gleichgültigkeit gegenüber dem Irrtum in der Person des Mörders und vieles andere, was oben ausgeführt ist, akzessorische Momente, aber nicht die Initiative zur Tat selbst.

Auch durch diese schizophrene Mörderin wird erwiesen, daß die Krankheit zunächst eine eigentliche Charakterveränderung nicht hervorbringt, sondern nur ein schrankenloses Freiwerden der natürlichen Anlagen, so daß z. B. hier selbst im Verbrechen gegen das Leben eines anderen die ursprünglich stark altruistische bzw. soziale Anlage noch siegreich herrscht und der im tieferen Sinne ethische Antrieb zur Mordtat, der Wunsch, der Menge zu helfen, nicht zu verkennen ist. An anderen politischen Mördern gemessen, muß ihr betreffs der Motive eine unangreifbare Reinheit zuerkannt werden.

Die Anreizungen zum politischen Mord [1]) zerfallen in drei Gruppen: 1. er kann aus edlen Motiven, aus sozialem Denken hervorgegangen, aber mit egoistischen Momenten stark verquickt sein: Tyrannenmord mit der Tendenz, bei der Gelegenheit selbst eine Ruhmeskrone, eine Machtstellung zu erringen; 2. Tyrannenmord lediglich mit der Tendenz einer Vielheit Vorteile zu verschaffen und eventuell daran zu partizipieren; 3. Ausschaltung jeder egoistischen Regung außer der rein ideellen, seiner Idee zum Siege zu verhelfen, bis zur Selbstvernichtung, indem das mordende Individuum sein eigenes Leben oder mindestens seine Freiheit sicher dabei opfert, z. B. die politischen Mörder in

[1]) Interessante, oft eigenartige Ausführungen finden sich über diese Materie bei *Forel*, Verbrechen und konstitutionelle Seelenabnormitäten, München 1907, besonders in den Kapiteln: Die Anarchisten; Luccheni; Ansichten des Dr. *E. Négis* über die Königsmörder usw.

Rußland wie die propagandistischen Suffragetten in England, besonders unter ihnen Davis, die sich vor das Rennpferd des Königs warf, um ohne Rücksicht auf das Leben des Reiters und mit völliger Rücksichtslosigkeit gegen das eigene Dasein sich den politischen Wünschen einer fanatisierten Menge zum Opfer zu bringen, leider nur mit der absoluten Urteilslosigkeit, die den Suffragetten den falschesten Weg zum Ziel als geeignet erscheinen läßt.

Zur Gruppe III gehört auch die T. L. und gehören die meisten pathologischen politischen Mörder. Über die Beurteilung der kriminellen Handlung entscheidet beim politischen Mord nur die historische Epoche und die politische Anschauung. Was zu anderen Zeiten vielleicht eine berechtigte und anerkannte Waffe war, ist heute ein unfaires Kampfmittel. Was den einen als verabscheuungswürdiges Verbrechen gilt, Umsturz einer Staatsform selbst auf die Gefahr hin, meuchelmörderisch vorzugehen, erscheint einer Gruppe Fanatisierter, zu denen T. L. gehörte, als eine Heldentat. Aber welcher Unterschied z. B. zwischen dem Tyrannenmord des Tell im Sinne des Schillerschen Dramas und dem schon überall die Kritiklosigkeit an der Stirn tragenden Vorgehen der T. L. Egoistische Motive lagen ihr, wie gesagt, fern, aber die Schizophrenie, welche später zum Ausbruch kam, ist schon darin angedeutet: 1. daß sie den Mord eines Großfürsten oder Ministers für so folgenschwer hielt, und 2. daß ihr bei einem derart lange vorbereiteten und wohlerwogenen Schritt eine Personenverwechslung passieren konnte, so daß das Ganze zur Donquichotterie wurde. Die Krankheit war vielleicht der Grund, daß sie nicht mehr die Grenze zwischen Recht und Unrecht, aber auch nicht zwischen den Utilitätsprinzipien richtig unterscheiden konnte, daß sie ferner leicht zu suggerieren war und die ihr imputierte Idee autistisch verarbeitete. Ihre soziale Ethik aber war intakt geblieben. Sie als Tochter eines Hauses, das ihr in Rußland alle Vorteile der ersten Kaste verschaffte, wollte sich für die Tausende Minderbegünstigter opfern, wie sie auch schon vorher beinahe gedarbt hatte, um arme Kommilitonen zu unterstützen. Güte gegen weniger gut Gestellte ist der Grundzug ihres Wesens, der aus ihrem ganzen Leben vor der Krankheit hervorgeht, und der nicht verändert wird, solange ihre Persönlichkeit noch nicht ganz zerfallen ist.

Ich stelle ihr die Mordtat der X. Y. gegenüber, deren Leben sich



it ihrem 12. Jahre zwischen öffentlichen Häusern, Fürsorgeheimen, renanstalten und tausend Abenteuern bewegt und im Kapitel Prostiution und Schizophrenie (S. 86 ff.) näher beleuchtet ist. Der Grundzug res Wesens ist Zynismus. Für niemand in der Welt hat sie Zuneigung, or nichts Hochachtung. Ihre Religion, die Beziehungen zu ihren ltern, zu ihrem Kind, die Versuche, sie auf einen besseren Weg zu ringen, ihr Dirnenleben, alles wird für sie zur Zielscheibe eines frechen Vitzes. Nach ihrer letzten Entlassung aus der Charité war sie 2 bis Jahre lang im Morast der Großstadt untergebracht. Dann machte sie von sich reden durch eine zuerst sehr dunkle Affäre. Sie gab an, im Zimmer ihres Bräutigams von diesem angeschossen worden zu sein. Danach habe der Betreffende sich selbst umgebracht. Nach und nach stellte sichs heraus, daß sie den jungen Menschen, der sittlich und sozial weit über ihr stand, und den sie in ihre Netze gelockt hatte, us Ärger darüber, daß er sich von ihr losmachen wollte, durch vier Schüsse in den Kopf getötet und sich selbst nur eine Verwundung, Schuß durch Mund und Wange, beigebracht hatte, um ihr Märchen glaubhaft u machen. Der Mord war kaum als Affekthandlung aufzufassen. ie war immer eine zynische und gemeine Person, fremd jedem altuistischen Empfinden gewesen, ihr ganzes Dasein nur auf Befriedigung hrer Instinkte gerichtet. Aus Klugheit war sie bisher noch nicht u Rechtsbrechereien übergegangen, die sie in ernsten Konflikt mit len Gesetzen gebracht hätten, obwohl sie vielleicht zu jeder Zeit ihres Lebens dazu bereit gewesen wäre. Es ist als der Beginn intellektuellen Zerfalles aufzufassen, wenn sie offenbar planmäßig und doch sehr ungeschickt in einer Chambregarnie eines überfüllten Mietshauses Wand an Wand mit anderen Mietern einen Menschen erschießt. Die prävalierende verbrecherische bzw. egoistische Anlage wurde erst durch das Hervortreten der Hebephrenie frei bis zur Hemmungslosigkeit gegenüber einem Mordgedanken.

Wie nahe verwandt das ethische Verhalten in der Krankheit dem in gesunden Tagen steht, ließ sich auch bei den leichteren Rechtsbrechereien jugendlicher Schizophrener gut nachweisen. Sicher ist keine präformierte Verbrecheranlage notwendig, um zu stehlen, zu betrügen, zu vagabondieren, sich zu prostituieren. Es können boshafte und rohe Individuen sein, die infolge krankhatfer Triebe oder Hemmungen, wie sie der Schizophrenie entspringen, auf Abwege



geraten; ebenso finden wir aber auch gutmütige Menschen darunter; aber die Art der Ausführung deutet auch bei diesen geringeren Delikten auf die ursprüngliche Anlage. Bei rückläufiger Verfolgung der Krankengeschichten findet sich das bestätigt.

E. S., deren Krankengeschichte S. 117 folgt, war eine etwas stille und artige Schülerin. Die Krankheit löst ein niemanden schädigendes Delikt gegen die Gewerbeordnung aus. In der Anstalt klagt man nur über Unreinlichkeit und manische mutwillige Streiche.

C. S. (ihr Bruder, s. a. S. 120) war von Kind auf ein widerlicher eitler Geselle. Die Lockung der ethischen Begriffe und Arbeitsscheu lassen ihn zur männlichen Dirne werden.

A. M. (s. Kap. über Prostitution, S. 71) war zweifellos ein außerordentlich gutes Kind. Viele Züge aus ihrer Autobiographie zeigen das. Ihre Vergehen ist Prostitution als Minderjährige. Bei aller Schwererziehbarkeit ist sie nie verschlossen und bösartig. Sie schlägt auf die anderen in manischer Weise los, nimmt aber selbst bei ihrem Sammeltrieb niemals Sachen, die anderen besondere Freude machen.

Ein ganz anderer Charakter ist M. Cz. (S. 77), die sich von ihrer Mutter peinigen ließ und dies verbissen trug, ohne jemanden einzuweihen, die sich in den verschiedenen Haushaltungen, in denen sie lebte, immer zunächst durch musterhaftes Verhalten einzuschmeicheln wußte, um später die Betreffenden durch üble Nachrede zu schädigen. Das erste, was sie tat, nachdem der Lack der Selbstbeherrschung von der Krankheit angefressen war, ist eine einen Nebenmenschen in seinen besten Freuden schädigende Handlung, eine Handlung, die ihr keinen Nutzen, der anderen nur Schaden bringt. Vielleicht hat sie schon öfter derartige Bosheiten ausgeübt; aber als kluges und verschlossenes Kind war es ihr, ehe die krankhafte Urteils- und Hemmungslosigkeit einsetzte, immer möglich, ihre Übeltaten so zu vollbringen, daß auf sie kein Verdacht fiel.

Wenn das Studium von Geschichten Erkrankter im Frühstadium einwandfreie Beweise dafür bringt, daß eine eigentliche Charakterveränderung, die vielfach angegeben wird, nicht stattfindet, so läßt sich diese Beobachtung naturgemäß am besten bei den schizophrenen Rechtsbrechern des Jugendgerichtes machen. Bei den von mir Untersuchten könnte ich tatsächlich jedesmal mit positivem Erfolg die Probe aufs Exempel anstellen.

Die leichteren Rechtsbrechereien, wie sie gewöhnlich vor das Jugendgericht kommen, möchte ich, soweit sie der Hebephrenie zuzuschreiben sind, zunächst durch einige selbstbeobachtete Fälle beleuchten, die unter immerhin auffälligen Symptomen kriminell, aber nicht exkulpiert wurden. und bei denen nachträglich die Diagnose



einwandfrei gesichert wurde, wie auch der Nachweis erbracht, daß die inkriminierten Handlungen im Zustand der Hebephrenie begangen wurden.

E. S. (S. 116), Schülerin der I. Klasse einer Gemeindeschule, wurde im Jahre 1910, 14 ½ Jahre alt, von einem Schutzmann zur Wache gebracht, weil sie ohne Gewerbeschein und als Minderjährige am Bahnhof Friedrichstraße Streichhölzer verkaufte. Sie kam, angeklagt wegen Hinterziehung der Gewerbesteuer, vor das Jugendgericht — ob damals eine psychiatrische Begutachtung stattgefunden, war nicht zu ersehen — und wurde, da sie alles zugab und exkulpierende Momente nicht in Frage kamen, mit einem Verweis und zu den Kosten des Verfahrens verurteilt. Der Passus in den Akten lautet: „Die Angeklagte, welche die Schule bis zur I. Klasse besucht hat und körperlich über ihre Jahre hinaus entwickelt ist, hat zweifellos die zur Strafbarkeit erforderliche Einsicht besessen. Sie war daher gemäß der Gew.-Ordn. zu bestrafen.“ Es wurde volle Einsicht angenommen, weil sie immer davonlief, wenn ein Schutzmann kam, hinter dessen Rücken sie sich dann lustig machte. Sie hatte den Handel, ohne jemandem davon zu sagen, ganz auf eigene Hand angefangen, indem sie für 20 Pfg. Streichhölzer nach ihrem Ausdruck „engros“ einkaufte und beim Verkauf Geld verdienen wollte, um sich zur Einsegnung etwas zu sparen. Man schob ihr damaliges Verhalten auf Neigung zu Vagabondage und nächtlichen Abenteuern, und die Deutsche Zentrale für Jugendfürsorge gab ihr eine Schutzaufsicht. Diese Dame kümmerte sich in intensiver Weise um das Mädchen und half mir die Lücken in seinem Entwicklungsgang ausfüllen. Ich selbst lernte es erst später in der Charité kennen.

E. S. ist 1895 geboren und erblich schwer belastet; ihr Vater, der in der Jugend schwer geschlechtskrank war, ist mit 52 Jahren an Gehirnerweichung gestorben, während ihre Mutter im Jahre 1911 in einer Landesirrenanstalt untergebracht werden mußte, vielleicht auch an Schizophrenie leidend, und ihr Bruder im selben Jahre in einer solchen an „Gehirnkrämpfen“ gestorben ist, nachdem er wegen Dementia praecox aus der Charité dahin verbracht worden war. Andere Geschwister sind ganz jung an Krämpfen gestorben. E. S. besuchte als gute Schülerin die Gemeindeschule bis zur I. Klasse, dann die Fortbildungsschule, da der Vater, ein kleiner Bankbeamter, seine Familie in geordneten Verhältnissen zurückgelassen hatte. Als im Jahre 1909 der Bruder anstaltsbedürftig wurde, nahm sie sich das so zu Herzen, daß sie Selbstmordgedanken äußerte, mit niemandem verkehren wollte und äußerst niedergeschlagen war. Sie selbst litt derartig an Kopfschmerzen, daß sie zunächst keine Lehrstelle annehmen konnte. Dieser Zustand änderte sich bald. Sonst ein ruhiges und vernünftiges Mädchen, war sie nun übertrieben lustig, sang, tanzte, schauspielerte und trieb allerlei Possen. Kurz vor diese Zeit fällt das Delikt. Körperlich soll sie damals sehr elend und blutarm gewesen sein.



In ihrer Stellung als Lehrmädchen scheint sie nicht mehr genügt zu haben, und ihr wurde gekündigt. Die auch schon kranke Mutter weigerte sich, ihr ärztliche Hilfe angedeihen zu lassen, da das Mädchen immer versichere, sie sei zu schamhaft. Schließlich nahm sich ein Onkel der Sache an. Sie wurde zur Charité gebracht und dort aufgenommen. Ihr Verhalten daselbst ließ keinen Zweifel mehr an einer hebephrenen Demenz zu. Zunächst war sie völlig unzugänglich und negativistisch, verunreinigte sich, tobte und schrie. Von einem Tag auf den anderen Umschwung, ist ganz klar, gibt höflich und geordnet Auskunft und erzählt von ihrem Delikt, hofft, daß man sie nicht nach einer Anstalt für Epileptiker bringen werde, da dies nach Entlassung in ihre Akten käme und jeder Chef sie sofort daraufhin entlassen könne. Wie ihr sprachlicher bzw. schriftlicher Ausdruck, der eben noch ganz geordnet scheint, plötzlich in Fragmente zerfällt, die zwar die leitende Idee noch erkennen, aber die stilistische Zusammenfassung vermissen lassen, zeigt ihr selbst geschriebener Lebenslauf, der äußerlich zunächst ganz dem entspricht, was man von einer guten Fortbildungsschülerin erwarten kann. Daran anknüpfend, daß sie von ihrem Chef entlassen wurde, fährt sie fort: „Als Grund wurde mir bekannt, daß die Mädchen Angst vor mir hatten, weil mein Bruder in der Charité war. Dadurch kam ich auf die Idee, Schauspielerin und Opernsängerin zu werden. Wenn ich hier entlassen werde. Wenn ich im Geschäft meiner Mutter im Schaufenster 1. als Reklame, 2. wird ein Schild gemacht, das ich Schreibarbeiten jeder Art auf eigener Maschine anfertige, Wir werden sämtliche Artikel zur Schreibmaschine zum Verkauf führen und uns dadurch emporarbeiten."

Da der Zustand stationär blieb, wurde sie nach einer Landesirrenanstalt verbracht, sollte im Herbst 1912 versuchsweise entlassen werden; aber eine zuvor einsetzende Verschlechterung machte dies unmöglich. Sie soll sehr unflätig sein, erregt, verkehrt in Reden und Handeln, ist unreinlich und arbeitet nicht. Der Aufsichtsdame schreibt sie regelmäßig Briefe, deren Inhalt und Äußeres einen zunehmenden Zerfall illustrieren, der erste vom September 1911 ganz geordnet, ein anderer 1 Jahr später geschriebener und gereimt gehaltener zeigt stark manischen Einschlag und nur andeutungweise schizophrene Verkehrtheiten; 3 Monate später kommt ein Schreiben, das schon äußerlich auf die Diagnose hinleitet, Unterstreichungen, gekünstelte Anfangsbuchstaben, das Papier mit Nebenbemerkungen randvoll geschrieben. Typisch ist der Schluß dieses Briefes: „Mein Patengeschenk war eine silberne Sparkasse — folgt nähere Beschreibung derselben. In Berlin ist S. (der verstorbene Bruder) geboren. Am Mühlendamm die Sparkasse. Eine Treppe die Armendirektion. Wir hielten stets den Lokalanzeiger mit dem Bären. Wie lernt der Bär tanzen? Auf der heißen Platte. Er hebt vor Hitze ein Bein nach dem anderen und dreht sich dabei. Indem man den Bär quält, verdient man viel Geld. In Neu-Kölln hat Mama von Charlottenburg einen Adel



erhalten, zeichne herzlich grüßend M. von S. Mama ist geadelt, damit es nicht falsch verstanden wird."

Nach alledem ist es außer Zweifel, daß E. S. an Dementia hebephrenica leidet. Die Erkrankung setzte mit manisch-depressiven Symptomen ein. Der zuerst auftretende melancholische Zustand ist als reaktive Depression — geistige Erkrankung des Bruders —, allerdings nur in *Bonhoeffers* [1]) Sinne, zu deuten. Die Verhältnisse liegen ähnlich wie beim Morbus Basedow. Psychische Erregungen sind nicht imstande, eine Abnormität der inneren Sekretion der Schilddrüse herbeizuführen, wohl aber, die Auslösung der Symptome zu beschleunigen, welche an den verschiedenen durch den inneren Vergiftungsprozeß bereits geschädigten Organen vor sich gehen.

Ohne äußere Ursache folgte der Depression, die der Umgebung kaum als krankhaft imponieren konnte, ein manisches Stadium, das durch eine Reihe expansiver Verkehrtheiten, Tanzen, Singen, Schauspielern und schließlich eine rechtsbrecherische Handlung gekennzeichnet ist. Diese Handlung aber weicht von einem rein manischen Vorgehen bereits ab. Ihr fehlt das Stürmische, das durch die Ideenflucht Fortgerissene, das die verkehrten Handlungen der Manischen charakterisiert. Nehmen wir dem Vorgehen M. S. das Drängende, so bleibt nur, abgesehen von dem Rechtsbruch, eine Sonderlingstat übrig. Eine kleine Beamtentochter, bei denen bekanntlich das Standesbewußtsein ganz besonders ausgeprägt ist, gute Schülerin der I. Klasse, geht einem Verdienst nach, den nur Bettler und Krüppel suchen, und dazu in so unzulänglich törichter Weise, indem sie 20 Pfg. in das Geschäft steckt und sich nicht geniert, ihre armselige Ware an einem öffentlichen, sehr belebten Platze feilzubieten. Damit zusammengehalten, daß die Depression vorausging, der darauffolgende Exaltationszustand auch der Umgebung auffiel, können wir als ganz sicher annehmen, daß das Mädchen sich zur Zeit der strafbaren Handlung in einem Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit befand und die Bedingungen für Anwendung des § 51 vorlagen. Wären alle anamnestischen Daten schon vorher so exakt zusammengetragen gewesen, wie es später durch die Aufsichtsdame geschah, so wäre das Urteil vielleicht anders ausgefallen. Aus diesem Grunde sind gerade in solchen nicht ganz klar zutage liegenden Fällen die von der Jugendgerichtshilfe gemachten Recherchen außerordentlich wichtig, ebenso das Bestreben, daß diese dem untersuchenden Arzte rechtzeitig unterbreitet werden, wie es am Frankfurter Jugendgericht conditio sine qua non ist, in Berlin jetzt mit allen Kräften angestrebt wird.

In diesem Falle wurde nur ein Verweis erteilt; aber auch dieser

[1]) *Bonhoeffer*, a. a. O., Wie weit kommen psychogene Krankheitszustände und Krankheitsprozesse vor, die nicht der Hysterie zuzurechnen sind? Allg. Zeitschr. f. Psych. 1911.




kann bei einer länger dauernden Remission, auf die wir bei Dementia hebephrenica zu rechnen haben, recht unangenehm empfunden werden

Die Dementia hebephrenica zeigt hier zuerst Störungen der Affektivität — Depression, Exaltation —, während der Rechtsbruch als Beginn der assoziativen Störungen, die später deutlicher werden, aufzufassen ist.

Dem Fall der E. S. wäre direkt der ihres etwas älteren, schon (S. 116 u. 117) hier mehrfach erwähnten Bruders an die Seite zu stellen, der ein Jahr vor ihr erkrankte und zur Charité kam, von da in eine Landesirrenanstalt, wo er 1911 im Alter von 19 Jahren starb. Er pflegte schon früh homosexuellen Verkehr, ob aus wirklicher homosexueller Neigung oder aus Freude an dem durch die Prostitution erworbenen Wohlleben, steht dahin. Im Alter von 15 Jahren war er wegen gewerbsmäßiger Unzucht, da er als männliche Dirne fungiert hatte, angeklagt, was er übrigens ableugnet. An einem Tag, da er gerade zugänglich war, wollte ich seine Stellung zu dem Delikt kennen lernen, über das er sich in häufig überhebender, jedenfalls höchst ungenierter Weise, äußert:

Arzt: Waren Sie einmal angeklagt?

Pat.: Nee.

A.: Doch, wegen § 175.

P.: Kenn' ich, war aber nicht angeklagt.

A.: Hatten Sie Männerverkehr?

P.: Ja, seit 16. Jahr.

A.: Wie dazu gekommen?

P.: Das kann man nicht so genau erinnern.

A.: Selbst Neigung zur Verführung?

P.: Die selbständige Neigung ist auch da.

A.: Mehr Neigung zu weiblichen oder männlichen Wesen?

P.: Es gibt auch weibliche geistreiche Personen sozusagen, und da könnte ich auch platonische Liebe empfinden.

A.: Was verstehen Sie unter platonischer Liebe?

P.: Kein sexueller Verkehr, nur, daß ich mich mit „ihm" unterhalte und wir uns umarmen, könnte dies allenfalls auch mit geistreichen Weibern; bei Männern hat es aber doch mehr Reiz.

A.: Wann zum erstenmal Männerverkehr?

P.: Mit 15 Jahren, ist durch Verführung gekommen.

A.: Woher wußten Sie, daß es Derartiges gibt?

P.: Durch die Zeitungen.

A.: Was waren das für Männer, und wie haben Sie sie kennen gelernt?

P.: Ein Arzt, ein Professor. Bin zunächst durch einen Freund verführt worden; die anderen Herren habe ich in Lokalen, wo Homosexuelle verkehren, kennen gelernt.



A.: Sind Sie dafür bezahlt worden?

P.: Von denen, die mir sympathisch waren, habe ich freundschaftlich und geschenkweise angenommen; nur für Geld, das konnte ich nicht.

A.: Glauben Sie, daß das straflos ist?

P.: Ich kenne den § 175; aber was er verbietet, weiß ich nicht usf.

A.: Welchen Bildungsgang haben Sie?

P.: Erst Oberrealschule, dann aus pekuniären Gründen Gemeindeschule.

A.: Welche Lebenspläne?

P.: Ich werde mich von allem fernhalten, was schlimm ist, brauche aber das männliche Geschlecht, wenns auch nur platonisch ist.

Darnach produziert er noch einige Größenideen bezüglich seiner Fähigkeiten und seiner Intelligenz. Im übrigen war er häufig widerstrebend, mutazistisch, renitent, so daß er selten zu einem Gespräch zu bringen war. Im Vordergrund seines Lebensbildes steht jedenfalls die homosexuelle Betätigung zweifellos auch in der Form der bezahlten Prostitution. Als er im 15. Lebensjahre angeklagt war, war es fast unmöglich festzustellen, ob es sich nur um eine verderbte Großstadtpflanze handle, oder ob pathologische Momente bereits hineinspielen. Es ist sogar schwierig ex post zu entscheiden, ob seine Prostitutionsneigungen bereits Symptome des später deutlicher werdenden Krankheitsprozesses sind. Jedenfalls muß man annehmen, daß die Verführung auf einen Boden fiel, der durch die beginnende Krankheit gut vorbereitet war. Die Affektleere, mit der er später über seine perverse Betätigung berichtete, deutet darauf hin. Es ist charakteristisch, daß seine asozialen Neigungen, Arbeitsscheu, Prostitutionsneigung, Freude am Bummeln, verhältnismäßig plötzlich einsetzten, nachdem er ein ganz guter Schüler war. Ich bin der Meinung, daß auch hier das Delikt ein Frühsymptom der Krankheit ist. Außerdem halte ich es für einen Zufall, daß der Betreffende gerade homosexuell sich betätigte, was nur auf die Umwelt, in die er geriet, zurückzuführen ist. Er hätte ebensogut Zuhälter, Hochstapler, Rennbahnhabitué übler Sorte oder sonstwie kriminell werden können. Auf den Weg antisozialer Betätigung wies ihn kaum, wie es von vielen Seiten angenommen wird, eine angeborene geschlechtliche Perversität, sondern einerseits die pathologischen Momente seines abgeblaßten ethischen Empfindens, seiner Arbeitsunlust und seiner tatenlosen Unrast, andererseits die schon oben gekennzeichnete Charakteranlage, vermehrt durch das äußere Agens seiner Halbbildung — der Gemeindeschüler schmückt sich noch immer gern mit den ihm aus der Oberrealschule anhaftenden Bildungsfetzen und hält sich für etwas Besseres. Er verteidigt sich zwar, gegen Bezahlung sich ohne weiteres zu prostituieren, gibt aber ohne Hemmungen des Schamgefühles zu, daß er Geschenke usw. annimmt. Er hat ja auch keinen speziellen Freund, sondern gibt einmal an, daß er in bestimmten Lokalen immer Homosexuelle zu treffen wisse.



Wenn die vorerwähnten Krankheitsfälle, in deren Beginn Delikte aller Art standen, in fortgesetzter Anstaltsbehandlung unzweifelhaft als Schizophrenie — um den gut gewählten Sammelnamen zu brauchen — diagnostiziert wurden, so hatte ich Gelegenheit, eine Reihe anderer zu beobachten, wo die Kürze der psychiatrischen Beobachtung zur Sicherung der Krankheitseinordnung nicht ausreichte und man diese offen lassen mußte, obwohl eine Reihe von Symptomen, die zur Debilität, zur Manie und zur psychopathischen Konstitution nicht recht paßten, schon per exclusionem auf die Dementia hebephrenica führten.

Es handelt sich um kriminell gewordene Mädchen, die mir vom Jugendgericht, von der Deutschen Zentrale für Jugendfürsorge und von einem Mädchenschutzhaus zu psychiatrischer Begutachtung zugewiesen wurden.

So wichtig auch die Erkennung der hebephrenen Momente als Ursachen der Kriminalität der vor das Jugendgericht Zitierten ist, so schwer wird es sein, dieselben in den Fällen, die nicht als anstaltsbedürftig anzusehen sind, bei einer ein- oder zweimaligen Untersuchung herauszufinden. Der § 51 in seiner jetzigen Form versagt diesen Einzelsymptomen gegenüber vollständig. Der Richter verlangt vom ärztlichen Gutachter möglichst eine klangvolle Diagnose, aus der sich die Bedingungen zur Erfüllung des § 51 oder 56 einwandfrei ergeben. Ohne eine solche wird er schwer von der Nichtstrafbarkeit des Angeklagten zu überzeugen sein, namentlich wenn von ihm gestellte Fragen coram publico gut beantwortet werden. Wie bei der Schizophrenie der Gesamtverlauf der Krankheit sich als eine wohlbefahrene Straße, die aber dazwischen auf kurze Strecken unwegsam gemacht ist, darstellt, so ist auch jeder Daseinsquerschnitt als ein mehr oder weniger mit größeren oder kleineren, den Beziehungen zur Umwelt entzogenen Herden krankhaft durchsetzter anzusehen, und die Kunst des Psychiaters muß darauf hinausgehen, diese einzelnen Herde herauszufinden und im Interesse des Rechtes aut ihre Wertigkeit, d. h. ihren Einfluß auf Äußerungen der Gesamtpsyche zu durchforschen. Für den gesamten Lebensgang sind gute Anamnesen erforderlich, daher bei dem geringsten Verdacht auf Hebephrenie Aktenstudium, das möglichst zu erleichtern ist. Wenn die Akten auch in vielen Fällen keinen verwertbaren Hinweis auf die Krankheit ent-



halten, so bringen sie in anderen Fällen doch manches Wissenswerte aus den Milieu-, Schul- und Dienstverhältnissen, klären vor allem darüber auf, wieweit Inkulpat bei der Wahrheit bleibt u. a. m. Eine zweite Untersuchung hätte nach Einsehen der Gerichtsakten stattzufinden. Die aus den Recherchen der Jugendgerichtshilfe stammenden Mitteilungen haben im allgemeinen nur dann Wert, wenn sie von älteren in der Sache und im Leben erfahrenen Leuten gemacht sind. Bei uns werden meines Erachtens zu schnell und zu früh jugendliche Individuen damit betraut, die zunächst einen Kurs unter der Anleitung erfahrener Personen durchzumachen hätten. Ist erst der pathologisch-anatomische oder der innersekretorische Kern im Sinne *Abderhaldens* festgelegt und durch entsprechende Untersuchungen nachzuweisen, so können wir das alles entbehren. So lange das nicht der Fall ist, muß mit allen Kräften darnach gestrebt werden, die Erkrankung in ihren Frühsymptomen so genau zu studieren, daß es nicht nur gelingt, die betreffenden Individuen vor dem Forum, sondern, wenn möglich, schon vor dem Kriminellwerden zu schützen. Die meisten Forschungen waren bisher ex post gemachte — *Wilmanns* [1]), *Mönkemöller* [2]), *Jaspers* [3]), *Bonhoeffer* [4]), *Gaupp* [5]) u. v. a. Das nächste wäre, die Zeichen, bis zu denen sich die Autoren zurückgetastet haben, gründlich zu beleuchten und zu versuchen, sie auf dem Wege und mit dem Anfange des Weges zu einer jüngsten Erkrankung zu finden. Ich habe bei meinen Untersuchungen als Gutachterin am Jugendgericht einen kleinen Versuch gemacht und bin mir völlig der Schwäche seiner Ausführung bewußt. Während ich die weiblichen Fürsorgezöglinge häufig viele Jahre verfolgen und mit Hilfe der vorzüglich beobachtenden erziehenden Schwestern ihren Daseinsäußerungen nachgehen konnte, sah ich die jugendlichen Angeklagten, soweit sie nicht Fürsorgezöglinge waren, nur zu einmaligen Untersuchungen und allerdings auch manchmal — was gar nicht zu unterschätzen ist — während der Verhandlung. Ich nehme die Fälle aus, die später oder früher in Irrenanstalten untergebracht wurden und dort als zweifel-

[1]) a. a. O.
[2]) a. a. O.
[3]) a. a. O.
[4]) a. a. O.
[5]) a. a. O.

los Schizophrene diagnostiziert sind, und führe nur die mir als verdächtig erschienenen kurz an:

M. H., 15 Jahr, wegen Hehlerei angeklagt, weil sie den Inhalt eines in ihrer Gegenwart von einer Freundin gestohlenen Geldtäschchens mitverjubelte. Krankhafte Besonderheiten reichen nicht aus, um § 51 oder § 56 heranzuziehen. Wird verurteilt.

Gemeindeschule I. Klasse. Gute Zeugnisse in Fleiß und Betragen. Sie fällt dadurch auf, daß sie sich der Untersucherin gegenüber plötzlich renitent und verstockt benimmt, ohne jeden Grund verstummt und nicht zu weiteren Antworten zu bewegen ist und starr und teilnahmlos sitzen bleibt. Die ersten Antworten fielen befriedigend aus.

Heredität: Vater Potator.

E. F., 18 Jahr, wegen Beihilfe zum Warenhausdiebstahl (Decken der Diebin) angeklagt. Ich stelle anheim, die Bedingungen des § 51 als erfüllt anzunehmen. Angeklagte wird freigesprochen nach § 51.

Gemeindeschule II. Klasse. Gut gelernt, gutes Betragen. Leidet seit ½ Jahr an Angst und Unruhe in der Nacht und häufigen Kopfschmerzen. Soll nach Verlassen der Schule geistig schwächer geworden sein. Ist leicht erregt. Rechnet auffällig gut und schnell, während die übrigen Assoziationen und logischen Verknüpfungen besonders ungenügend sind. Zeigt Querfurchung der Stirn und hochgezogene Augenbrauen, seltenen Lidschlag.

Heredität: ohne Besonderheiten.

A. G., 14 Jahr, hat Geld, das sie für ihre Firma zur Post bringen sollte, unterschlagen und auf ihr Bett gelegt, wo es die Mutter sehen konnte. Als diese sie aufforderte, es wegzutragen, ging sie damit fort, kaufte sich Näschereien dafür und schwänzte von nun an das Geschäft.

Diagnose: Beginnendes Versagen der intellektuellen Prozesse im Entwicklungsalter (Jugendverblödung?). Nach § 51 freigesprochen.

Gemeindeschule II. Klasse. Intellektuelle Leistungen sehr unausgeglichen, weiß auf die einfachsten Fragen keine Antwort und rechnet ausgezeichnet; aber sehr langsam, wie sie überhaupt alles tut, obwohl sie nicht einen Augenblick ruhig sitzt, die Hände gegeneinander reibt, die Finger bewegt usw.

Heredität: ohne Besonderheiten.

A. B., 17 Jahre, nahm ein freiliegendes Sparkassenbuch, hob 100 M. ab und verjubelte dies. Die pathologischen Momente reichen nicht aus, um § 51 heranzuziehen. Verurteilung.

Gemeindeschule I. Klasse, gute Schülerin. Trotzdem fallen die Intelligenzproben ungenügend aus. Sie trägt bei der Untersuchung ein läppisches Wesen zur Schau. Teils lacht sie unmotiviert, teils ist sie nega-

tivistisch. Hat in letzter Zeit viel gelogen und geschwindelt, mehrere Selbstmordversuche gemacht und ist schon häufiger den Eltern davongelaufen, das letztemal 10 Tage fortgeblieben.

Heredität: Bruder des Vaters sei schwachsinnig.

F. K., 16 Jahre. Hat als Lageristin Unterschlagungen begangen.

Diagnose: Debilität? Hebephrenie? Angeklagte war vor der Verhandlung nicht zur Untersuchung gekommen, wurde mit Verweis bestraft und der D. G. f. J. zur weiteren Fürsorge überwiesen. Dort fiel ihr eigentümliches Wesen auf, und man bat um eine ärztliche Untersuchung.

Gemeindeschule I. Klasse. Die Mutter gibt an, es sei ihr aufgefallen, daß das Mädchen, das ein gewecktes Kind war, in den letzten Jahren stehengeblieben sei. Bei der Untersuchung macht sie direkt einen schwachsinnigen Eindruck, lächelt immerzu und wird gelegentlich obstinat. Soll dauernd Verhältnisse haben, spricht ungeniert darüber. Klagt seit einem Jahre über Kopfschmerzen.

Heredität: ohne Besonderheiten.

G. Sp., 16 Jahre, hat 3 M. aus offener Kasse genommen.

Diagnose: Ethische Verkümmerung? Dementia praecox? Wurde mir vom Mädchenschutzhaus zur psych. Untersuchung zugesandt. Der Fall ist noch nicht forensisch geworden.

Gemeindeschule I. Klasse, obwohl sie die Schulen häufig gewechselt hat und mit ihren Eltern herumgereist ist. Die Intelligenzproben fallen in allen Richtungen sehr gut aus. Auch antwortet sie sehr rasch. Dabei macht sie bizarre Bewegungen, lächelt sonderbar vor sich hin und wirft eigentümliche Blicke, richtiger verdreht die Augen. Sie soll arbeitsscheu und verlogen sein und Neigung zum Herumtreiben zeigen und wechselt dauernd ihre Stellungen. Anamnese unbekannt.

Diagnose: Zurückgehen der geistigen Prozesse seit dem 12. Jahre, vielleicht auf Stoffwechselanomalien beruhend.

F. L., 18 Jahre, hat eine Ladendiebin, von der sie unterhalten wurde, gedeckt und selbst Taschendiebstähle begangen. Wird auf mein ausführliches schriftliches Gutachten freigesprochen.

Gemeindeschule II. Klasse. Die Mutter erzählt, daß sich das Mädchen bis zum 12. Jahre gut erzogen und auf der höheren Töchterschule gut gelernt habe. Dann fing sie an zu lügen, mochte nicht mehr lernen und schwänzte drei Wochen lang die Schule, indem sie sich während der Schulzeit in den Straßen umhertrieb, kam nun nach der Gemeindeschule und sei seitdem ganz unnütz. Die Intelligenzproben fallen ganz besonders schlecht aus. Es fällt Querfurchung der Stirn, geistige und körperliche Schlaffheit und Gleichgültigkeit auf.

Heredität: ohne Besonderheiten.

A. Sch., 15 Jahre, wurde wegen Vagabondage und versuchter Gewerbeunzucht aufgegriffen. Ich beantragte Aufnahme zur Beobachtung

auf einer Irrenstation, dortige Diagnose: Menstruelle Verstimmungen. Hebephrenie? Psychopathische Konstitution?

Freispruch nach § 51.

Gemeindeschule I. Klasse. Intelligenzprüfungen fallen schlecht aus, ganz besonders ungenügend der Ebbinghaus. Das Mädchen sitzt in eigentümlich schlaffer Haltung mit deprimiertem und doch leerem Gesichtsausdruck da, antwortet offenbar ungern und mit Widerwillen. Soll so stundenlang zu Hause sitzen und nur die Finger bewegen. Sie war ihren Eltern davongelaufen, hatte sich von Leipzig nach Berlin geschlagen und von hier, wo sie eine Tante aufsuchte, einen törichten Abschiedsbrief an ihre Mutter geschrieben, da sie sich das Leben nehmen wollte. Statt dessen vagabondierte sie einige Tage und prostituierte sich. Die Verkehrtheiten sollen menstruell besonders stark betont sein.

Heredität: Vater soll sonderbares Wesen haben.

G. J., 14 Jahre, hat gestohlen. Ohne daß Anklage erfolgt, nimmt sich D. G. f. J. ihrer an.

Diagnose: Depressionszustand. Empfehle Anstalt mit guter Bewachung.

Gemeindeschule I. Klasse. Intelligenzprüfungen fallen gut aus. Sie macht offenbar soeben einen Depressionszustand durch, soll herumsitzen und träumen, spricht nicht, äußert keine Wünsche, tut nichts. Nach einem Jahre Bericht, daß sie jetzt tätig, fleißig, anstellig und treu sei, nur immer etwas hypochondrisch.

Heredität: Vater tot durch Suizid, Mutter in Irrenanstalt.

Im allgemeinen lassen sich die hier beobachteten Frühsymptome und auffallenden Momente kurz zusammenfassen:

1. Intelligenzstörungen, die nach den Anamnesen zweifellos nicht primäre sind — die Mädchen haben fast alle die I., mindestens die II. Klasse der Gemeindeschule erreicht —, sondern in den letzten Schuljahren oder nach Verlassen der Schule einsetzten, daher gute Schulleistungen und schlechter Ausfall der Intelligenzproben. Dazu Ungleichmäßigkeit der intellektuellen Leistungen, z. B. auffallend gutes Rechnen und Versagen bei anderen Proben des logischen Denkens oder besonders gute Leistungen auf dem Gebiet der Merkfähigkeit und des Gedächtnisses bei Versagen gegenüber den Kombinationsaufgaben.

2. Bei der Inspektion fanden sich neben Degenerationszeichen aller Art, die nicht charakteristisch sind, besonders folgende: amimischer Gesichtsausdruck, Querfurchung der Stirn mit dauernd hochgezogenen Augenbrauen, starre Haltung und langsame, gehemmt erscheinende Bewegungen oder motorische Unruhe; unmotiviertes Dauerlächeln; Augenverdrehen.



3. Von ethischen und gemütlichen Besonderheiten fiel weiter auf: Sorglosigkeit und Gleichgültigkeit gegenüber dem Delikt, starke Stimmungsschwankungen während der Untersuchung; plötzliches Versagen jeder Antwort, ungehörige, zum mindesten übermütige Zwischenfragen, einmal ausgesprochene Hypomanie, mehrmals Depressionszustände, ferner die von der Umgebung meist auf einen bestimmten Zeitpunkt fixierte Arbeitsscheu und Unstetigkeit in der Arbeit, damit zusammenhängend dauernder Stellenwechsel.

Die Delikte haben nichts Charakteristisches weder nach Idee noch Art der Ausführung. Auffallend ist es eben nur, daß die Mädchen, zum größten Teil gute Schülerinnen und als solche sich auch durch gutes Betragen auszeichnend und aus ordentlichen Familien stammend, sich diese zuschulden kommen ließen. Mit Ausnahme von A. Sch. (Vagabondage und Gewerbeunzucht) waren sie alle in wirtschaftlich ganz guten Verhältnissen, litten keine Not, nicht einmal an Kleiderpracht, was in der Großstadt so leicht der Anreiz zum Verbrechen wird. Fast alle kamen nicht allein gut angezogen zur Untersuchung, sondern auch mit den für die Berliner unteren Stände charakteristischen Imitationen von Eleganz, die aus den Warenhäusern stammen und die, wenn man so will, eine gewisse Wohlhabenheit vortäuschen. Die Betrugsmanöver und Diebstähle wären demnach besonders den intellektuellen Störungen und dem ethischen Versagen zuzuschreiben; Prostitution, Vagabondage, häufiger Stellenwechsel hängen mit der Unrast der vielfachen Stimmungsschwankungen zusammen, zum Teil auch mit dem in frühen Stadien nicht seltenen Insuffizienzgefühl und der wirklichen Insuffizienz.

Ich bin mir wohl bewußt, damit nicht etwa neue und besonders charakteristische Symptome der Schizophrenie herausgefunden zu haben, sondern nur bekannte Zeichen, die aber durch ihre Gruppierung oder durch ihr zunächst solitäres Auftreten unter vielen hundert Untersuchungen an kriminell gewordenen Jugendlichen zur Aussonderung einer kleinen Gruppe Verdächtiger führten.

Sämtliche hier erwähnte Mädchen kamen im Laufe der letzten 5 Jahre zur psychiatrischen Begutachtung in meine Hände Die Diagnosen habe ich genau in der Form wiedergegeben, wie ich sie damals notierte. Dies ist natürlich nur der Anfang zu einem werktätigen Vorgehen, das darin zu bestehen hätte, daß die dem ärztlichen



Gutachter durch Einzelsymptome auffallenden Individuen, bei denen infolgedessen Verdacht auf Schizophrenie nicht ganz auszuschließen ist, in besonderen Listen vom Jugendgericht geführt und angehalten werden, daß sie, ihre Pfleger oder Familien alle halben Jahre über ihren weiteren Lebensgang Bericht erstatten, mindestens aber ihre Adresse angeben. Die Mädchen, bei denen ich meine Diagnose bestätigt sah, habe ich nur durch Zufall entweder in der Charité oder in der Fürsorgeanstalt oder durch eine besonders interessierte Helferin wiedergefunden.

Jedenfalls entsteht aus der Institution der Jugendgerichte mit dauernder Heranziehung möglichst derselben ärztlichen Gutachter sowie in einer gut geleiteten Jugendgerichtshilfe eine für die Psychiatrie außerordentlich wertvolle Handhabe, deren Benutzung noch viele wichtige Gesichtspunkte zur Erforschung der Jugendpsychosen und Defektzustände, ganz besonders aber der in ihren Anfangsstadien noch wenig genau gekannten Schizophrenie erhoffen lassen.

Zusammenfassung. — Ein verhältnismäßig erheblicher Prozentsatz Schizophrener steuert in den frühesten Stadien der Krankheit dem Verbrechen und der Prostitution zu.

Da kurzdauernde psychiatrische Untersuchung und Beobachtung jugendlich Krimineller (Jugendgericht) und minderjähriger Prostituierten (F.-Z.) in den seltensten Fällen geeignet ist, die ersten Anzeichen der Schizophrenie einwandfrei zu diagnostizieren, so muß durchaus ein starker Nachdruck auf das Herausfinden gewisser Verdachtsmomente in Form von Frühsymptomen gelegt werden, um mit Hilfe solcher die forensische Beurteilung zu beeinflussen und eine aktenmäßige Weiterbeobachtung der betr. Individuen einzuleiten.

Als solche Frühsymptome wurden die folgenden beobachtet:

1. Bei der Inspektion fiel auf: Zusammengesunkene und teilnahmlose Körperhaltung. — Leerer oder bekümmerter Gesichtsausdruck. — Hypomanische Mimik. — Starres, arrogant wirkendes paranoides Lächeln. — Querfurchung der Stirn mit hochgezogenen Augenbrauen. — Seltene Augenbewegungen und seltener Lidschlag u. a.

2. Die methodischen Intelligenzprüfungen, deren Ergebnisse häufig anamnestisch bestätigt wurden, zeigten: Nachlassen der Leistungen (an den erreichten Schulzielen gemessen); einen auffallenden Wechsel der intellektuellen Darbietungen sowohl im Neben-



als Nacheinander; Verlangsamung der geistigen Prozesse und ihres sprachlichen Ausdruckes; unbedeutende inselmäßige Entgleisungen im schriftlichen Ausdruck oder auch in der Unterhaltung (z. B. ein verworrenes Zitat oder eine läppische Zwischenfrage); bei Wiedererzählungen ein gelegentliches Verfehlen der Pointe bei guten gedächtnismäßigen Leistungen; Witzeleien bei der Untersuchung usw.

3. Affektive Störungen machen sich bemerklich in grundlosem Lachen oder affektlosem Weinen; durch plötzlichen Stimmungswechsel, z. B. auch abrupten Widerstand gegen Fortsetzung der Untersuchung; hypomanisches oder depressives Grundbild; Fehlen von Exkulpierungsversuchen infolge Affektlosigkeit gegenüber der Strafhandlung.

Als anamnestisch besonders wichtig wurde stets nach einem plötzlichen Nachlassen der Arbeitslust und -fähigkeit sowie allgemein der intellektuellen und ethischen Leistungen gefragt. Die wichtigsten Hinweise zur Frühdiagnose der Schizophrenie waren den Akten, welche über F.-Z. geführt werden, zu entnehmen, die lange Lebensstrecken besonders in Richtung der Erziehungs- und Strafurteile beleuchten. Die Ergebnisse, vielfach mit meinen eigenen Untersuchungen und Beobachtungen verquickt, haben gezeigt, daß die weiblichen schizophrenen F.-Z. jahrelang als Depravierte, als Schwererziehbare, als Debile, Imbezille, am häufigsten als psychopathische Konstitutionen gehen und erst eine Zusammenfassung der einzelnen Stadien auf die richtige Diagnose führt, wobei der Gang der Erkrankung meist sich in folgender Richtung bewegt: leichtes Nachlassen der Intelligenz, affektive Störungen häufig in der Form manisch-depressiver Zustände und Affektkrisen, schwerere Zeichen geistigen Zerfalles, der sich zunächst, ohne spezifische Einzelsymptome zu zeigen, in absolutem Mangel jeder verstandesmäßigen Zielrichtung des Lebensweges dokumentiert.

In den Frühstadien der Schizophrenie ist eine durch die Krankheit bedingte Kriminalität nicht zu beobachten, sondern nur ein Freiwerden von Hemmungen und damit Hervortreten der von jeher vorhandenen Anlagen zu Vergehen und Verbrechen. Dagegen sind sowohl die intellektuellen, als besonders auch die affektiven Störungen, die Affektkrisen, die manisch-depressiven Zustände usw. ganz besonders geeignet, die weiblichen Patienten infolge Widerwillens gegen ge-

ordnete Arbeit, infolge von Vagabondageneigung und Hemmungslosigkeit gegenüber dem Triebleben der Prostitution zuzutreiben.

Aus meinen besonders an weiblichem Material gemachten Untersuchungen erwachsen folgende Forderungen.

Bei Untersuchungen an jugendlichen Kriminellen sind alle auffälligen Symptome, die den Verdacht auf Schizophrenie erwecken könnten, selbst in unbedeutenden Ansätzen zu notieren und die betreffenden Individuen einer Dauerbeobachtung zu unterstellen.

Da die Prostitutionsneigung Minderjähriger, sofern sie nicht dem Milieu, der Debilität oder einwandfrei der psychopathischen Konstitution zufällt, gerade in ihren schwersten und gegen Besserungsversuche refraktärsten Formen der Schizophrenie zugehört, so ist den hierhergehörigen sogenannten „schwererziehbaren" F.-Z. ganz besondere psychiatrische Beobachtung zuzuwenden und ihre Unterbringung in geeignete Anstalten anzustreben, ehe die Krankheit ihren Lebensweg in Abgründe geführt hat, die einen Aufstieg selbst bei langdauernden Remissionen nicht mehr gestatten.



Arbeitsentlohnung.

Von

San.-R. Dr. **Klinke,** Lublinitz.

In einem im Jahre 1909 an die Verwaltungsbehörde gegebenen Bericht über Arbeitsverdienst und Arbeitsentlohnung habe ich mich darüber folgendermaßen geäußert: Die Rubrik „Arbeitsverdienst" ist in den meisten schlesischen Anstaltsetats sehr klein im Werte, da nicht die ganze von den Pfleglingen geleistete Arbeit, sondern nur ein gewisser Anteil an Verdienst bei einzelnen Kranken für Arbeiten, die für Fremde geleistet werden, in der Anstaltsrechnung in Einnahme gesetzt wird, — eine Arbeitsentlohnung in bar für Arbeit, die der Anstalt geleistet wird, findet, wenigstens in schlesischen Anstalten, bisher nicht statt, es werden nur Arbeitszulagen aus dem Beköstigungstitel und Vergünstigungen, Weihnachtsgeschenke usw. aus dem sogenannten Dispositionsfond der Direktion gewährt.

Schon seit Jahren macht sich nun da und dort das Bestreben geltend, den Kranken für die geleistete Arbeit ein Konto in bar zu eröffnen, ihnen, je nach Qualität und Quantität der geleisteten Arbeit prozentisch abgeschätzt, im Vergleich zur Arbeit gesunder, bezahlter Arbeiter, eine Arbeitsentlohnung in Geld zu gewähren. An einzelnen Anstalten, namentlich dort, wo verbrecherische Elemente beschäftigt werden, erhalten die Arbeiter aus dem Erlös der Arbeit für Anfertigung von Zigarren, Körben, Strohmatten, Decken usw. einen bestimmten Prozentsatz, ähnlich wie die Gefangenen und Zuchthäusler.

Wenn wir auch zugeben, daß einmal die Arbeitsleistung der Kranken in Geld schwer abzuschätzen ist und einem großen Teil der Pfleglinge es gleichgültig sein wird, ob sie für ihre Arbeit sofort Kaffee, Wurst, Tabak u. dgl. bekommen oder erst nach ihrem Ermessen, je nach dem Geldwerte der ihnen buchmäßig gut geschriebenen Arbeit, aus ihrem Konto sich frei wählen können, ob sie z. B. für sich selbst oder für ihre Familie das Geld verwenden oder dasselbe aufsparen wollen bis zur Entlassung, so



sind doch gegenüber gewissen Nachteilen die Vorteile der Arbeitsentlohnung ganz erhebliche. Insbesondere an den Anstalten, wo es heut schon infolge geringer Arbeiterzahl und zu starker Arbeitsgelegenheit schwer fällt, die nötigen willigen Arbeitskräfte stets zur Verfügung zu haben, wird es für den Anstaltsleiter von erheblicher Bedeutung, wenn er auf die bei regelmäßiger und guter Arbeit stets wachsende Zunahme des Arbeitsverdienstes hinweisen kann. Ist der Arbeiter bescheiden in seinen Wünschen, dann kann er bei seiner Beurlaubung oder Entlassung eine ersparte Summe mit nach Hause nehmen oder bei längerem Aufenthalt in der Anstalt seiner Familie etwas von seinem Arbeitsverdienst zukommen lassen. Gerade die besseren Arbeiter werden auf diese Weise sicher mehr angespornt, während heut ihre Arbeit meist nur in derselben Weise durch Kostzulage, Tabak usw. abgegolten wird, wie bei den weniger leistungsfähigen Pfleglingen. Notwendig wäre zunächst eine Gruppierung der Arbeiter je nach ihren Leistungen in drei bis vier verschiedene Klassen und die Festsetzung der Entschädigung für die pro Tag, pro Woche oder pro Monat geleistete Arbeit. Über die Arbeit und die Arbeitstage wäre genau Buch zu führen, für jeden Kranken ein besonderes Einnahme- und Ausgabekonto anzulegen. Sodann wäre zu prüfen und zu entscheiden, ob die Mittel des Kapitel IX (Arbeits- und Kostzulagen) und des Kapitels XII (Dispositionsfond) für bare Arbeitsentlohnung verwendet werden dürfen und hierzu ausreichen, wobei berücksichtigt werden muß, daß für die nicht beschäftigten, insbesondere die bettlägerigen, erschöpften Kranken dem Arzt eine Summe zur Verfügung bleibt. Die Höhe dieser Summe würde sich nach dem Prozentsatz der beschäftigten Kranken zu den unbeschäftigten richten.

Schließlich wäre allgemein, wie dies wohl auch früher an schlesischen Anstalten der Fall war, der Wert der geleisteten Arbeit zu berechnen und als Arbeitsverdienst in Einnahme zu setzen.

Je mehr Arbeitsgelegenheiten durch Vergrößerung der landwirtschaftlich genutzten Fläche oder bei weiterer Einrichtung sog. Verbrecherstationen geschaffen werden, um so mehr wird sich die Arbeitsentlohnung wünschenswert und nötig erweisen. Wir stehen auch mit unserer Ansicht nicht allein, da sich an verschiedenen Orten dasselbe Bedürfnis nach Einführung einer baren Entlohnung der Krankenarbeit herausgestellt hat.

Um die Frage möglichst genau zu erledigen, habe ich an etwa 96 deutsche öffentliche Provinzial- und Landesirrenanstalten eine Umfrage verschickt, um zu entscheiden, in welchem Umfange eine Arbeitsentlohnung der Kranken in Geld oder nur durch Kostzulage, Tabak, kleine Geschenke, Vergnügungen usw. stattfindet. Von den 96 Anstalten haben 88 geantwortet. Es werden an etwa $^2/_3$ der Anstalten die Kranken nur durch Zulagen, Tabak usw. entlohnt, während



an einem Drittel der Anstalten eine Geldentlohnung stattfindet. Aber auch der letztere Modus ist sehr verschieden gestaltet. Eine Zusammenstellung ergab darüber im einzelnen folgendes:

1. (Andernach.) Die Kranken erhalten teilweise Geld (genauere Angabe fehlt).

2. (Düren.) Die Männer erhalten (außer Kostzulage) 0,08 M., die Frauen 0,06 M. täglich.

3. (Saargemünd.) Die besseren Arbeiter erhalten Taschengeld.

4. (Sachsenberg.) Außer Kostzulage erhalten die Kranken Taschen- und Sonntagsgeld.

5. (Grafenberg.) Arbeitsverdienst beträgt täglich 8 Pf., der aber nur zum kleinen Teil b a r gezahlt wird. Vorwiegend werden kleine Bedürfnisse des Patienten dafür gekauft. Die Männer erhalten außerdem Tabak.

6. (Illenau.) Monatlich werden 3—5 M. als Arbeitsentlohnung gerechnet (außer Kostzulagen).

7. (Stephansfeld.) Arbeiter erhalten G e l d - und Kostzulagen.

8. (Ückermünde.) Die Anstalt zahlt nur ausnahmweise eine Geldentschädigung, meist gibt sie nur Kostzulagen.

9. (Aplerbeck.) Desgleichen nur ab und zu Geld.

10. (Frankenthal.) Es wird zweimal im Jahre den Arbeitern eine größere Geldgratifikation gegeben.

11. (Galkhausen.) Kranke Männer erhalten neben freiem Ausgang ein wöchentliches Taschengeld von 50 Pfg.

12. (Treptow.) Für Geldbelohnungen sind pro Jahr 300 M. verfügbar.

13. (Werneck.) Einzelne Kranke erhalten kleine Taschengelder.

14. (Merzig.) Die Anstalt gibt den männlichen Arbeitern außer Kostzulagen, Tabak und Zigarren wöchentlich 30—50 Pfg.

15. (Hildburghausen.) Die Kranken erhalten Geld o d e r Kostzulagen, Tabak.

16. (Johannisthal.) Jeder Kranke erhält (außer Kostzulage) einen kleinen Arbeitsverdienst gutgeschrieben.

17. (Kutzenberg.) Es gibt Taschengeld; besonders bedürftigen Kranken kann bei der Entlassung ein Arbeitslohn von 20 Pfg. pro Arbeitstag ausgehändigt werden.

18. (Schleswig.) In e i n z e l n e n Fällen wird Geld geschenkt.

19. (Untergöltsch.) Die Anstalt gibt teils Geld-, teils Kostzulagen.

20. (Eglfing.) Die Arbeiter erhalten wöchentlich 30—70 Pfg.

21. (Lauenburg.) Einige Kranke erhalten Sonntags 20—30 Pfg. Taschengeld. Anderen werden bei besonderen Anlässen Beiträge zum T a s c h e n g e l d k o n t o für fleißiges Arbeiten ü b e r w i e s e n oder es wird ihnen Tabak, Kuchen usw. gekauft.



22. (Gabersee.) Die Arbeiter erhalten (außer Kostzulagen) nur Taschengeld.

23. (Altscherbitz) und 24. (Uchtspringe.) Pro Kopf und Tag werden 25 Pfg. Arbeitsverdienst angenommen. Davon werden 15% des so ermittelten Betrages zur Arbeitsverdienstkasse abgeführt, aus der dann die Kosten für die Anstaltsfeste, Weihnachtsbescherung, Tabak usw. bestritten werden.

25. (Buch.) Für die geleistete Arbeit bekommen die Patienten monatlich ungefähr im Werte von 50 Pfg. nach ihrer Wahl eine Kleinigkeit durch die Anstalt gekauft.

26. (Düren.) Die Leistung wird geschätzt und bis zu 8 Pfg. pro Tag dafür vergütet.

27. (Neustadt.) Gelegentlich Geschenke, auch in bar.

28. (Klingenmünster.) Die Anstalt gibt Geld- und Kostzulagen.

29. (Wiesloch.) Arbeitende Kranke erhalten Kost- und Geldzulagen.

30. (Nietleben.) Wie unter 23 und 24.

31. (Plagwitz.) Einzelne Kranke erhalten pro Tag 5 Pfg.

32. (Winnental.) Gewährt einzelnen Kranken Taschengeld als Aufmunterung.

33. (Herisau.) Zahlt 50 Ctm. bis 1 Fr. im Vierteljahr zum Ankauf von Tabak usw.

Es ergeben sich also entweder gelegentliche oder regelmäßige Geldentlohnungen, Taschengeld nur Sonntags, Entlohnungen durch größere Geldgeschenke zweimal im Jahre, Entlohnung bei der Entlassung, Aushändigung des Geldes zur freien Verfügung, Gutschrift des Geldes oder sofortige Umsetzung der Arbeitsbeträge in Tabak, Kuchen usw. Die Höhe der stattfindenden Geldentlohnungen ist ebenfalls recht verschieden, indem auf den Tag berechnet 3, 3¾, 5, 6—8 und 10 Pf. gezahlt werden. Verschieden ist auch die Schätzung des Arbeitsverdienstes, der entweder mit 50 Pf. pro Monat oder 25 bis 50 Pf. pro Tag angenommen und entweder ganz oder nur wieder in Prozenten gutgeschrieben wird, und aus dieser Summe, die von allen Arbeiten gebucht wird, werden dann die monatlichen Festlichkeiten bestritten. Letzterer Modus ist also keine Barentschädigung in dem Sinne, daß der Arbeiter frei darüber verfügen kann, er beteiligt sich nur an dem Gesamtgewinn, den der gleichmäßig auf 15% geschätzte Arbeitsanteil an dem ebenfalls gleichmäßig auf 25 Pf. geschätzten Arbeitsverdienst ausmacht

Die Frage des Arbeitsverdienstes Geisteskranker ist in der Literatur



ters erörtert worden. So äußert sich darüber Dr. *Olah* im Jahre 1899 [1]: 'ür die geisteskranken Verbrecher wäre außer guter Kost, Tabak, :itungen, Musikinstrumenten usw. vor allem ein anständiger Tageswerb durch irgendeine Handarbeit in Betracht zu ziehen, denn die ıeisten dieser erwerbsfähigen, sich für normal haltenden Geisteskranken ochen mit der Begründung auf ihre Entlassung, daß ihre Familie den ;rnährer entbehren muß. Und sind wir nicht verpflichtet, der Familie, er wir im Interesse unserer eigenen Sicherheit ihren z. B. trotz seiner :pilepsie erwerbsfähigen, doch infolge seiner zeitweiligen Anfälle beingungsweise gemeingefährlichen Ernährer rauben, dafür irgendeine :ekompensation zu bieten?" In einem weiteren Artikel derselben Zeithrift aus dem Jahre 1899 heißt es [2]: „Man vergißt, daß Tausende und ıbertausende von bedürftigen und anständigen Leuten, die Geistesranken in den Anstalten, in gleicher Weise (wie die Verbrecher) für den teuerzahler arbeiten, ohne der gleichen Wohltätigkeit teilhaftig zu werden. a, dem Gefangenen zahlt man seinen überflüssigen Arbeitsverdienst raus, wenn man ihn entläßt, der Geisteskranke muß sich mit dem Trost ıfrieden geben, daß es für seine Gesundheit geschieht, wenn er sich behäftigt; den beruhigenden Gedanken, selbst in seiner Krankheit und rn von seiner Familie für diese, soweit es in seinen Kräften steht, zu ɪrgen, schafft man ihm nicht."

Der Artikel *Olahs*, soweit er den Arbeitsverdienst der Anstaltsranken behandelt, findet sich abgedruckt in der Kölnischen Zeitung om 28. Dezember 1899 mit einer in der Psychiatrischen Wochenschrift [3]) viedergegebenen ausführlichen Bemerkung, in der es unter anderem eißt: „Ist es nicht grausam, daß der Kranke, der sich zur Erleichterung ler Lasten der Steuerzahler beschäftigt, ohne jeden Arbeitsverdienst leibt, daß er nicht in die Lage versetzt ist, auch nur einen Pfennig seiner rau, seinen Kindern zu schicken? Der gesamte Geldwert der von den ısassen der Anstalten geleisteten Arbeit ist nicht so bedeutend, daß e Steuerzahler die durch den Ausfall desselben aus dem Anstaltsbudget :dingte Vermehrung ihrer Lasten fühlen würden...... Wenn die Gengenen und Zuchthäusler ihren Arbeitsverdienst bei der Entlassung aus:zahlt erhalten, warum haben die Kranken in den öffentlichen Irrenıstalten nicht ebenfalls ein Anrecht darauf? Aus dieser Bevorzugung r Gefangenen gegenüber den Geisteskranken spricht eine Auffassung, e durchaus unwürdig ist."

Durch den Artikel Dr. *Olahs* angeregt, erschien bald [4]) von Dr. *Josef erze* ein Aufsatz über Krankenverdienst in der Irrenanstalt. Hier ist

[1]) *Olah*, Psych. Wschr. 1899, Nr. 38, S. 364.
[2]) Ebenda S. 378.
[3]) Jahrg. 1, Nr. 41, S. 392.
[4]) *Berze*, Psych. Wschr. Jahrg. 1, Nr. 48, S. 44.



besonders wichtig der Hinweis auf den Passus des § 18 des Statuts für die niederösterreichische Landesirrenanstalt in Wien, das dann auch für die später entstandenen niederösterreichischen Landesirrenanstalten Geltung fand. Darin heißt es: „Für die geleisteten Arbeiten erhalten die Kranken nach dem Ermessen des Direktors und nach einem vom Landesausschuß festgesetzten Tarif eine Entlohnung. Diese Verdienstgelder sind Eigentum des Kranken und werden besonders verrechnet. Überschüsse werden nutzbringend angelegt. Bei der Entlassung wird dem Kranken oder der Kuratelbehörde das Geld übergeben." Dieses Statut ist seit 1869 in Wirksamkeit.

Nach dem von Dr. *Berze* für Kierling-Gugging geschilderten Verfahren führt der Oberpfleger Arbeitstabellen, aus denen die Namen der beschäftigten Kranken und die Zahl der Arbeitstage zu ersehen sind. Die Werkstätten führen besondere Listen über Stückzahl der geleisteten Arbeiten. Die Arbeiter sind nach ihrer Qualität in drei Rubriken geteilt, die ganzen, halben oder gar keinen Verdienst erhalten. Der Arbeitstag für Qualität I wird meist mit 20 Pf. berechnet (in einzelnen Fällen höher, bis 60 Pf.). Was an Arbeitsverdienst nicht bald verbraucht ist, wird deponiert.

Dr. *Berze* bespricht die Vorteile und Übelstände des Systems ausführlich und erwähnt, daß bereits 1891 von 20 Irrenanstalten Österreichs und des Deutschen Reiches nach einer Umfrage sich die Mehrzahl gegen die direkte Geldentlohnung ausgesprochen und sich dahin geäußert hätten, es sei vorzuziehen, die Kranken mit Kostzulagen, Genußmitteln usw. zu belohnen, die Verdienstgelder in einer gemeinsamen Unterstützungskasse zu sammeln, aus der dann Beträge zur Unterstützung der Familie des Pfleglings oder der Pfleglinge selbst bei der Entlassung zu entnehmen seien. Auch die Anschaffung von besseren Kleidern, Gewährung von Taschengeld, Weihnachtsgeschenken usw. könne aus der gemeinsamen Kasse erfolgen. Diese Art der Verwendung sei auch für die Verrechnung bequemer, als die komplizierte bei direkter Entlohnung.

Die Einrichtung gemeinsamer Kassen, die verschiedene Namen (Arbeitskasse, Verdienstgelder-, Dotations-, Krankenverdienstgelderkasse, Verpflegtenkasse, Dispositionsfond) tragen, besteht seit längerer Zeit an vielen Anstalten, nur ist die Verwendung dieser Kassengelder sehr verschieden. Jeder Kranke, der arbeitet, soll, wie Direktor *Krajatsch* für die Krankenverdienstkasse in Aussicht nahm, an den Fond Anspruch haben. Der Anspruch soll nicht durch die Zahl der Arbeitstage und die Leistungsfähigkeit allein bestimmt werden, sondern vielmehr mit dem Ausmaße der Bedürfnisse steigen und fallen, deren Bestreitung aus dem Verdienste der einzelne Pflegling oder seine Angehörigen anzustreben berechtigt sind.

Die Zahl der Arbeitstage wird mit dem erfahrunggemäß festzustellenden Normalbetrag für eine Tagschicht multipliziert oder ein Pau-



schal eingestellt. Die Leistungen besserer Arbeiter werden individuell bewertet. Ganz richtig hebt *Berze* hervor, daß es sich ja bei der Gewährung von Krankenverdienst nicht darum handelt, größere Summen für jeden Pflegling anzuhäufen, sondern Mittel aufzubringen zur Unterstützung von Angehörigen oder zur besseren Ausstattung des Pfleglings bei der Entlassung, denn gerade die Angehörigen der vorübergehend in der Anstalt untergebrachten Kranken kommen öfter mit Anträgen um Unterstützung. Durch die einfachere Handhabung der Verrechnung fällt dann auch viel Arbeit fort, indem die chronischen Insassen, als Idioten, einfach schematisch durch Kostzulage abgelohnt werden können. Jetzt aber fällt gerade bei frischen Fällen, ehe noch eine Rente bewilligt ist oder bewilligt werden kann, die Möglichkeit, die größte Not der ihres Ernährers beraubten Familie zu lindern, fort. Auch muß es dem Direktor freistehen, selbst solche Familien zu unterstützen, deren erkranktes Mitglied wegen akuter Störung noch nicht zu einer Arbeit in der Anstalt herangezogen werden kann. Die Mittel des Hilfsvereins sind meist nur für den Kranken selbst und zwar nur bei der Entlassung verfügbar.

Auch Familienpfleglinge konnten sich, wie *Bogdan* (Langenlois) mitteilt, je nach Leistungsfähigkeit 40 Heller bis 1 Krone täglich verdienen [1]).

Ähnliche Versuche wurden vor Jahren schon in Hall und 1885 in Kierling-Gugging gemacht.

In dem Bericht über das Irrenwesen Ungarns vom Jahre 1899 findet sich erwähnt, daß jedem arbeitenden Kranken täglich 40 Heller verrechnet werden, über die der Betreffende frei verfügt, und die er entweder zur Aufbesserung seiner Mahlzeiten oder zur Anschaffung von Tabak, Zigarren usw. verwenden kann. Aus diesen Verdienstgeldern werden auch die Kosten der für die Kranken veranstalteten Unterhaltungen, Feierlichkeiten und sonstigen Zerstreuungen gedeckt [2]).

In Belgien trat bereits im Jahre 1851 *Guislain* dafür ein, den arbeitenden Geisteskranken für ihre Leistungen eine kleine Belohnung zu gewähren. *Morel* macht darüber 1900 Mitteilungen [3]). Die Vorschläge *Guislains* wurden nicht beachtet, nur in der Anstalt St. Roch bei Antwerpen, die 1894 geschlossen worden ist, wurde ein Versuch gemacht, die Arbeit zu organisieren, um einen Hilfsfond für Genesene zu gründen. Es wurden Strohmatten und Zigarren fabriziert und Stühle ausgebessert. Nach wenigen Jahren enthielt die Kasse etwa 36 000 Franks, deren Zinsen ausreichten, um an entlassene Geisteskranke Unterstützungen zu zahlen. „Wenn man die Arbeit der Anstalt“, sagt *Morel*, „von Anfang an ernstlich organisiert hätte, so wären genügend Mittel vorhanden gewesen, eine neue Anstalt zu erbauen, oder die Anstalt hätte sich selbst erhalten, wie

[1]) Genaueres darüber Psych. Wschr. Jahrg. 2, S. 134.

[2]) Psych. Wschr. Jahrg. 2, S. 291.

[3]) Ebenda S. 401.



z. B. die französische Anstalt Pau", über deren Wirtschaftsbetrieb der englische Rechtsanwalt Whiteway interessante Mitteilungen machte [1]).

Morel weist auf die Notwendigkeit hin, über die von den Kranken geleistete Arbeit eine amtliche Kontrolle zu führen. Man müsse die Ergebnisse veröffentlichen, denn ebenso wie die Ausdehnung der Beschäftigung einen Schluß auf die Anstaltsorganisation gestatte, ebenso müsse man sich vergegenwärtigen, wie leicht die übermäßige Ausdehnung der Arbeit schließlich einen reinen Wettbewerb, die möglichst größte Einnahme zu erzielen, hervorrufen könne in ähnlicher Weise, wie bei gewissen Unternehmen die Gewinnsucht eine Rolle spielt. Auf dem Anstaltsunternehmen dürfe in dieser Beziehung nicht der geringste Verdacht lasten, und die Hauptrücksicht der Anstaltsleiter müsse immer das Wohlbefinden der Patienten, deren Besserung und Heilung bilden. Nach *Morels* bzw. *Guislains* Vorschlägen könnte man an den Ergebnissen des landwirtschaftlichen und Werkstättenertrages den Besitzer der Anstalt, die Anstalt selbst und den Hilfsverein teilnehmen lassen. Der arbeitende Geisteskranke, den man von seiner Entlohnung unterrichten müsse, könne sich nach Belieben von dem Arbeitsertrage Erfrischung, Kleider einkaufen oder das Geld seinen Angehörigen senden. Daß ein Teil der Arbeit für die Anstalt verwendet oder dem Hilfsverein zugewiesen wird, müsse dem Kranken ebenfalls bekannt gegeben werden.

Über die Frage der Arbeitsentlohnung in englischen Anstalten habe ich nichts ermitteln können. Nur von der alten Anstalt Hanwell, die im Jahre 1909 etwa 2600 Kranke beherbergte, von denen 40% (der chronischen Fälle) in Landwirtschaft und in Werkstätten beschäftigt waren, finde ich in einem neueren Reisebericht die bestimmte Angabe, daß eine Entlohnung nicht stattfinde [2]).

In Belgien werden die Arbeiten der Kranken (nach *Pandy*, Irrenfürsorge in Europa, S. 270) durchschnittlich mit 1 Frank pro Kopf und Monat honoriert.

In Bicêtre wurde die Arbeit der 438 Kinder im Jahre 1902 auf 18 786 Frank geschätzt (ohne Gärtnerei). Hiervon wurden die Löhne der Meister, 4% Zinsen des in der Werkstatt investierten Kapitals und die Prämie für die Kinder bestritten, letztere nur mit 1560 Frank berechnet. Ein Rest von 2219 Frank wurde zur Verminderung der Anstaltsausgaben verwendet [3]).

Nach einer Notiz bei *Pandy* (S. 327) betrug die Einnahme in 42 französischen Anstalten aus der Arbeit der Kranken und der Ökonomie im Jahre 1874 etwa 2 Millionen Franks (2,4—34,3% der Gesamteinnahme).

[1]) Journal of ment. science Juli 1900, ref. Psych. Wschr. Jahrg. 2, S. 249.

[2]) Dr. *Hockauf*, Ein Besuch in Ewell Long Grove und Hanwell. Psych. Wschr. 1909, S. 167.

[3]) Nach *Pandy*, S. 403.



In Mauer-Oehling fließt der Verdienst der arbeitenden Kranken in eine Arbeitskasse, aus der Privatkleider, Unterstützungen für Angehörige, Ausflüge, Prämien usw. bezahlt werden [1]).

Dänemark gibt, wie *Pandy* [2]) erwähnt, Besoldung an arbeitende Kranke, in Schweden beträgt das Arbeitsverdienst 5, 10—20 Öre pro Tag. Auch in norwegischen Anstalten findet eine Arbeitsbelohnung statt.

Die Frage der Entlohnung Geisteskranker, die nicht neu ist, da dieselbe bereits, wie *Bresler* erwähnt [3]), im Jahre 1827 von *Esquirol* angeregt wurde, ist auch in Deutschland neuerdings wieder diskutiert worden, ohne jedoch, wie ich glaube, das Interesse bereits gefunden zu haben, das sie verdient. Illenau und Dösen zahlen Arbeitsentlohnung, eine Reihe Anstalten haben das System mehr oder weniger modifiziert, wie ja meine obige Übersicht nachweist; allgemeinere Einführung hat die Arbeitsgeldentlohnung an deutschen Anstalten, trotz der neuerlichen Fürsprachen von *Fischer* [4]), *Bresler* [5]) und *Dees* [6]), nicht gefunden, nachdem *Paetz* bereits 1893 [7]) die Arbeitsentlohnung in besonderer Form für Altscherbitz eingeführt hatte. Während an der ebengenannten Anstalt Vergünstigungen in der Kost aus dem Beköstigungstitel genommen werden, wird aus Arbeitsverdienstanteilen, die pro Kopf 3¾ Pf. betragen und von den einzelnen Arbeitsressorts, Landwirtschaft usw. erstattet werden, ein Fond gebildet, aus dem Zigarren, Tabak, Vergnügungen, Taschengeld bestritten wird. Pro Kopf und Tag werden 25 Pf. Arbeitsverdienst angenommen und davon 15 % (eben 3¾ Pf.) zur Arbeitsverdienstkasse abgeführt. In derselben Weise ist die Arbeitsentlohnung heut an den anderen sächsischen Anstalten geregelt. An den Berliner Anstalten werden, wie sich aus den Jahresberichten ersehen läßt, die Arbeitstage (à 7 Stunden) bei den Männern meist mit 50 Pf., bei den Frauen mit 25 Pf. berechnet. So berechnete Dalldorf 1906 bei etwa 1200 Kranken 22 370 M. Arbeitsverdienst. Es bekommen davon die Kranken im Monat etwa für 50 Pf. Kleinigkeiten gekauft.

Besondere Arbeitsentlohnung an Anstalten mit Verbrecheradnexen findet, soweit ich feststellen konnte, gar nicht oder nur in derselben Weise durch Zulage oder gelegentliche Geschenke, auch in bar, statt. Nur in Düren wird die Leistung geschätzt oder bis zu 8 Pf. pro Tag dafür vergütet.

---

[1]) Nach *Pandy* S. 403.
[2]) a. a. O. S. 9.
[3]) Psych. Wochenschrift Bd. X S. 256.
[4]) *Fischer*, Wirtschaftl. Zeitfragen (München 1901) S. 26 ff.
[5]) Ausgewählte Kap. der Verwaltung öffentl. Irrenanstalten S. 74.
[6]) *Dees*, diese Zeitschr. Bd. 68 H. I.
[7]) *Paetz*, Kolonis. Geisteskranker S. 227.



Ich komme nun zu den Autoren, die sich in letzter Zeit mit der Frage der Arbeitsentlohnung beschäftigt haben. *Bresler*, den ich bereits zitierte, weist in seinem zusammenfassenden Bericht über den gegenwärtigen Stand des Irrenwesens [1]) auf *Fischers* Jahresbericht hin. Danach hatte die Anstalt Wiesloch 1907 einen Höchstbestand von 450 Patienten. Der Prozentsatz der beschäftigten männlichen Kranken betrug im Durchschnitt 51 %; 24 % konnte man als selbständige brauchbare Arbeiter bezeichnen. Den Wert der Arbeit berechnet *Fischer* auf 24 753 M. pro Jahr. Werden für Kostaufbesserungen, Belohnungen und Geschenke 12 490 M. dagegen gerechnet, so bleiben noch 12 263 M. übrig. *Fischer* befürwortet sehr eine Erhöhung der Vergünstigungen und Arbeitsentlohnungen für die arbeitenden Kranken.

In kurzer Weise äußert sich *Beyer* über die Arbeitsbewertung [2]).

In ausführlicher Weise hat sich *Fischer* mit demselben Thema [3]) bereits 1901 beschäftigt. Nach dem Sprichwort, daß jeder seines Lohnes wert sei, tritt er, unter Hinweis auf die Gefangenenentlohnung lebhaft für Arbeitsentlohnung der Geisteskranken ein. Und zwar verlangt er eine Entlohnung nach dem vollen Werte. Dann soll ¼ des wirklichen Arbeitsverdienstes nach den wöchentlichen oder monatlichen Rechnungsabschlüssen dem Anstaltsfond zufließen, aus dem allgemeine Veranstaltungen, Feste usw. bestritten werden. Diese Beträge sollen aber den genannten Fond nicht allein bilden, derselbe vielmehr noch aus öffentlichen (staatlichen) Mitteln ergänzt werden. Das zweite Viertel des Arbeitsverdienstes soll nach *Fischers* Vorschlägen der Landesvereinskasse (Hilfskasse) zufließen, und die letzten zwei Viertel sollen den Kranken selbst zufallen. Dieses Geld möge man nicht dem Kranken übergeben, sondern von der Anstaltskasse verwalten lassen, für jeden Arbeiter getrennt. Davon kann er nun seine Wünsche bestreiten, Geld seinen Angehörigen zuweisen usw. Auch *Dees* [4]), der für Gabersee eine Gutsrente von durchschnittlich 25 000 M. in den letzten 5 Jahren berechnet, tritt dafür ein, daß das Geld den Kranken, die es verdienen, zukommen soll. In Gabersee wird das Geld bisher als Anstaltsmittel betrachtet, und um die durch die Kranken verdiente Summe wird dann der Kreiszuschuß reduziert. Nun aber macht *Dees*, dem es nicht angängig scheint, die arbeitenden Pfleglinge als Lohnarbeiter zu betrachten, den Vorschlag, die gewonnenen Beträge für Hilfsvereine, für Freiplätze und zuletzt für entlassene, noch unter Kontrolle der Anstalt stehende Pfleglinge (also wohl für Beurlaubte) zu verwenden.

[1]) *Bresler*, Internationaler Kongreß für Irrenfürsorge Wien 1908. Psych. Zeitschr. 1908, S. 258.

[2]) *Beyer*, Bestrebungen zur Reform des Irrenwesens 1912, S. 100.

[3]) *Fischer*, Wirtschaftliche Zeitfragen auf dem Gebiet der Irrenfürsorge 1901, S. 26 ff.

[4]) *Dees*, diese Zeitschr. Bd. 68, H. 1, S. 123.



Im Anschluß an die obigen Mitteilungen *Fischers* finde ich bei *Bresler* [1]) darüber noch folgende beachtenswerte Einzelheiten angegeben.

Fischer rechnet auf drei Patienten durchschnittlich einen Normalarbeiter und bewertet die Arbeitsstunde bei den Männern mit 35 Pf., bei den Frauen mit 23 Pf. Für 1908 wurde berechnet:

30 männliche Arbeiter mit 297 Arbeitstagen zu je 6 Stunden = 53 460 Arbeitsstunden	18 711 M.
5 weibliche Arbeiter mit 80 Arbeitstagen à 5 ½ Stunden = 2200 Stunden à 23 Pf.	506 „
	19 217 M.
Die Arbeiten in den Gewerben und der Hauswirtschaft wurde berechnet auf	9 000 M.
Mithin ergab sich ein Arbeitswert im ganzen von	28 217 „
Dagegen wurde ausgegeben zur Kostaufbesserung	11 710 „
Für Belohnungen und Geschenke	4 719 „
	16 429 M.

In Altscherbitz wurde der Wert der Arbeit berechnet:

	1902	1903	1904	1905	1906	1907
zu	29 427,25 M.	30 099,75 M.	32 674 M.	33 706,50 M.	39 082 M.	43 483 M.

Es wurde dann jährlich durchschnittlich gegen 7000 M. an die Arbeitsverdienstkasse als Verdienstanteil gezahlt, und zwar trug die Gutsverwaltung daran in den Jahren 1902 und 1903 etwa 1000 M.

Entsprechend den eben gemachten Berechnungen von *Fischer* und *Paetz* prüfte ich den Wert der Arbeit nach dem Arbeiterstande vom 30. Mai 1911. Damals waren in der Anstalt Lublinitz 492 Männer und 344 Frauen. Die Zahl der beschäftigten männlichen Kranken betrug an dem genannten Tage 254, die der weiblichen beschäftigten Kranken 138. Danach ergibt sich nach der *Fischer*schen Berechnung pro Jahr ein Arbeitswert von 57 703 M., wovon die Hälfte mit etwa 29 000 M. den Kranken zustehen würde. Führe ich die Berechnung nach *Paetz* aus, indem ich 300 Arbeitstage à 25 Pf. ansetze, dann ergibt sich eine Arbeitsbewertung von 29 400 M., mithin etwa ebensoviel, als nach der Rechnung *Fischers*. Zu berücksichtigen ist aber, daß in Altscherbitz nur 15% dieser Summe, also 4410 M., als wirklicher Arbeitsverdienst den Kranken gutgerechnet werden, d. h. pro Kopf bei angenommenen 400 Arbeitern im Jahre 10 M., während in Schlesien gegenwärtig pro Kopf und Jahr aus dem Dispositionsfond 6,50 M., aus dem Titel „Kostzulagen für Arbeiter, Stärkungs-

[1]) *Bresler*, Ausgewählte Kapitel der Verwaltung, S. 75.

mittel usw.“ 9 M. pro Kopf etatsmäßig angenommen sind, mithin mehr 5,50 M.[1])

Will man die Arbeitsbewertung genau feststellen, dann ist selbstverständlich nicht nur eine Verteilung der Arbeitsleistung nach den einzelnen Arbeitsgebieten (Landwirtschaft, Garten, Schuhmacher, Schneider, Wäschereinigung, Maurer, Hausarbeiter usw.) nötig, es müssen auch die Arbeiter nach ihren Qualitäten in zwei oder drei Kategorien zusammengestellt und entsprechend ihren verschiedenen Leistungen bewertet werden.

Bei der Verteilung der oben für unsere Arbeiter genannten Totalsummen entfallen anteilweise auf das Gut und die Gartenarbeiter 13 275 M., auf den Bekleidungstitel (Arbeit der Schuhmacher, Schneider, Weber, der Nähterinnen und Strickerinnen) 7725 M., auf die Bereinigungsarbeiten (Anteil der Wäscherinnen, Hausbereiniger) 5023 M., auf die Bauarbeiter (Schlosser, Maurer, Tischler) 900 M., auf die Frauen in der Küche und Gemüseputzküche 2100 M. Bei insgesamt 392 Arbeitern würde bei einer Arbeitsbewertung von 29 000 M. auf einen Arbeiter 76 M. und bei einem Arbeitsanteil von 15% (nach Altscherbitzer Muster) 10,4 M. fallen oder pro Arbeitstag 3,04 Pf.! bzw. 25,3 Pf.

Wir sehen also, daß sich selbst bei niederer Bewertung der Einzelleistung eine ganz erhebliche Summe bewerteter Arbeit ergibt, daß aber der Arbeitsverdienst, ob wir nun nach *Fischers* oder *Paetzs* Vorgang rechnen, kein glänzender für den einzelnen Kranken ist. Und doch wird niemand leugnen können, daß die Arbeitsleistung einer ganzen Anzahl von Kranken eine ganz erhebliche ist, ja, daß sie in einzelnen Fällen der Arbeitsleistung Gesunder nahekommt. In unserem Anstaltsbetriebe ist nur zu berücksichtigen, daß im allgemeinen die Arbeitszeit nicht eine so lange ist wie bei Gesunden und durchschnittlich 5—6 Stunden pro Tag beträgt. Mit Rücksicht auf die verschiedene Qualität der arbeitenden Kranken bleibt meines Erachtens nur übrig, wenn man die Einzelleistung richtig einschätzen will, die Arbeiter in zwei oder drei Klassen einzuteilen und dementsprechend auch die

[1]) Dabei ist zu berücksichtigen, daß der Dispositionsfond auch für nichtbeschäftigte Kranke, die Kostzulagen auch für nicht arbeitende Kranke in Frage kommen. Mithin erhöht sich der Satz für den einzelnen Arbeiter noch fast auf das Doppelte.



Leistungen verschieden zu bewerten. Es dürfte nicht so schwer sein, die Arbeiter in entsprechend geführten Arbeitslisten einzeln aufzuführen und nun ihnen ihre Arbeit genau zu buchen, darauf wöchentlich oder monatlich abzurechnen und ihnen auf Befragen mitzuteilen, wie hoch ihre Leistungen zu Buch stehen. Zu entscheiden bleibt freilich immer die Frage, welche Höhe der Arbeitsverdienst in jedem Falle haben soll, und ob bzw. wieviel Prozent der bewerteten Arbeit man den Kranken als Arbeitsverdienst zugute kommen läßt. Ferner ist die Frage zu entscheiden, ob eine Barentlohnung oder nur eine Entlohnung in Naturalien stattfinden soll, ob man etwa wenigstens bei einzelnen Arbeitern eine Art Akkordlöhnung (statt sogenannte Deputatlöhne oder Arbeitsprämien) gewähren soll, ähnlich etwa wie bei der Gefangenenarbeit erst nach Bewältigung eines gewissen Pensums Belohnung für ein sogenanntes Überpensum gewährt wird, das man dann als besonderen Arbeitsverdienst gutschreibt. Gerade kriminelle Kranke weisen immer darauf hin, daß sie im Gefängnis oder Zuchthaus sich etwas verdienen konnten, sie legen, neben Arbeitszulage in Naturalien, ein Hauptgewicht auf eine gewisse Barentschädigung ihrer Arbeiten. Eine derartige Belohnung scheint aber bisher wenigstens, soweit ich durch Anfragen bei Irrenanstaltsadnexen erfahren konnte, nicht üblich zu sein. Ferner kommen öfter solche noch besonders intelligente und arbeitstüchtige Kranke, die ihre Arbeit selbst noch ganz richtig einzuschätzen wissen, mit dem Wunsch, nicht nur für sich selbst, sondern auch für ihre Angehörigen daheim etwas verdienen zu können, und es wäre in solchen Fällen, wo besonders nötige wertvolle Arbeiten, z. B. Setzen von Öfen, anstatt durch bezahlte Handwerker durch Kranke geleistet werden, erwünscht, letzteren ein Arbeitsverdienst in bar auszahlen zu können.

Die Frage, welchen Wert die Arbeit der einzelnen Kranken in den einzelnen Zweigen der Arbeit, z. B. in der Landwirtschaft, in den Werkstätten usw. darstellt, läßt sich durch genaue Ermittlungen bei den betreffenden Pflegern und Handwerkmeistern erledigen. Man muß dabei auch berücksichtigen, daß allgemein die Löhne in den letzten Jahren von 7—75 %, durchschnittlich aber um 41—50 % zusammen zugenommen haben[1]). Im Jahre 1901 betrug der ortsübliche Tagelohn in Lublinitz 1 M. für Männer, 70 Pf. für Frauen. Die landwirtschaftliche Arbeit von Kranken wurde damals von einem Rechnungsbeamten auf 5—10 Pf.,

[1]) Reichsanzeiger 1912.

durchschnittlich auf 7½ Pf. geschätzt. Heute zahlt man hier den landwirtschaftlichen Arbeitern pro Tag 1,70—2,00 M. für Männer, für weibliche Arbeitskräfte 1,10 M., also 40—50 % mehr. Wollte man aber die Arbeit der in der Landwirtschaft tätigen Kranken in ähnlicher Steigerung auf 10—20 Pf., durchschnittlich auf 15 Pf. einschätzen, so würde das sicher bei den meisten Kranken, die im Sommer von 6½—11 Uhr vormittags, nachmittags von ½2—6 Uhr (mit 2 × ½ Stunde Frühstückspause) tätig sind, zu niedrig sein. Man wird vielmehr die besten Kräfte heute etwa auf 1 M., die mindertüchtigen auf 70 Pf., die am wenigsten geschickten immer noch auf 50 Pf. täglichen Arbeitsverdienst einschätzen können. Ähnlich verschieden, aber sicher meist über dem allgemeinen bisher üblichen niedrigen Durchschnitt von 15—25—50 Pf. pro Tag bei den Männern, 25 Pf. bei den Frauen, liegen die Verhältnisse heut bei den im Garten, in den Handwerksstuben, in Küche und Waschküche beschäftigten Pfleglingen. Frauen, die vormittags und nachmittags Kartoffeln schälen und Gemüse zurechtmachen oder aufwaschen, haben meiner Schätzung nach mindestens einen Arbeitsverdienst von 50 Pf., einzelne sogar werden auf 1 M. Verdienst geschätzt werden müssen. Frauen in Gartenarbeit haben, wie ich annehmen will, einen täglichen Arbeitsverdienst von 50 Pf. bis 1 M. Männer müßten auf 50 Pf. bis 1,50 M. eingeschätzt werden. Handwerker, z. B. Schuhmacher und Schneider, verdienen durch Flicken, Ausbessern, Besohlen, Nähen neuer Garderoben 50 Pf. bis 1,50 M. bis 2,50 M.; Schuhmacher, die fleißig besohlen, könnten es gar bis auf 3 M. und mehr Verdienst bringen. Die Arbeit geschickter Tischler, Korbmacher, Sattler, Ofensetzer, wie man solche zeitweise unter den Pfleglingen findet — dieselben arbeiten oft unverdrossen viele Jahre in der Anstalt —, kann ebenfalls viel höher eingeschätzt werden, als mit 50 Pf., welchen Satz man durchschnittlich z. B. in Berlin für die Arbeit männlicher Kranken einsetzt.

Was hat nun der fleißige, geschickte Kranke von seiner Arbeit? Ebensowenig wie der minder fleißige und wenig befähigte Pflegling, ja nicht viel mehr als alle die anderen Kranken, die sich nicht beschäftigen wollen oder nicht beschäftigen können. Es wird freilich den arbeitenden Kranken täglich ein Stück Brot zum zweiten Frühstück gegeben. Nachmittags wieder Brot und Kaffee, dann zeitweise Zigarren, Tabak, Obst, manchmal etwas Wurst, Speck, Käse, man läßt die Arbeiter Sonntags Spaziergänge machen, wobei sie in ein Gasthaus einkehren und sich amüsieren, man berücksichtigt die Arbeiter in erster Reihe beim Erntefest und bei der Einbescherung, Geld bekommen sie aber nicht zur Verfügung und sind nicht in der Lage, ihrer zu Hause notleidenden Familie etwas zukommen zu lassen. Und doch ersetzen manche Kranke die Arbeit gesunder Leute. Da haben wir z. B. seit Jahren zwei Kranke auf dem Gute als Pferdeknechte. Sie gehen frühzeitig ebenso wie die gesunden Pferdeburschen in den Stall, füttern die Pferde, dann sind sie den ganzen



Tag früh und nachmittags auf dem Felde oder sonst mit dem Gespann tätig. Für die Pferdeburschen wird täglich 1,70 M. bezahlt. Die Kranken sind bei dem I. Schaffer in Familienpflege und kosten dort pro Tag 1 M. Dazu kommt noch für Bekleidung, Bereinigung und Heilmittel ein monatlicher Satz von 3 M. in Berechnung auf die Ausgaben, mithin kosten die Kranken pro Tag je 1,10 M. Als Beköstigungszulage (von kleinen, gelegentlichen Geschenken abgesehen) erhalten sie pro Tag je 100 g Wurst = 9 Pf. und Tabak für 10 Pf., mithin beträgt die Ausgabe insgesamt pro Kranken etwa 1,30 M., so daß noch immer 40 Pf. für die Anstalt übrig bleiben. Läßt man die Ausgabe für Beköstigung, Kleidung usw. außer Betracht (es muß doch auch für nicht beschäftigte Kranke bezahlt werden), dann würde den Kranken sogar noch 1,50 M. als Arbeitsverdienst zur Verfügung stehen. Von der weiteren Ersparnis, die die Anstalt bei der Familienpflege gegenüber der Verpflegung in der Anstalt selbst erzielt, will ich nur anführen, daß diese im letzten Jahr 138,40 M. pro Kopf, im ganzen bei 85 Familienpfleglingen also 11 764 M. betragen hat.

Rechnerisch erscheint der Arbeitsverdienst nirgends, nur sind natürlich bei Nichtberücksichtigung der durch die Krankenarbeit in allen einzelnen Gebieten der Beschäftigung, bei der Landwirtschaft, Garten, Bereinigung, Bekleidung, Bau usw. erzielten Ersparnisse die Einnahmen in der Landwirtschaft usw. um so größer bzw. die Ausgaben um so geringer. Die Summen, die für Kostzulagen, Vergnügungen, Geschenke, Zigarren im Etat vorgesehen sind, müssen allerdings berücksichtigt werden, sie sind aber durchschnittlich sehr niedrig, und vor allen Dingen fehlt uns die Möglichkeit, die nach ihrem Werte abgeschätzte Arbeit von Fall zu Fall in bar zu belohnen. Für die große Masse der Pfleglinge, z. B. für Leute, die nur Hausbereinigung ausführen oder Federn reißen, mögen die üblichen Kostzulagen in Brot und Vesperkaffee genügen; die übrigen Leute, die im Garten usw. und in den Werkstätten arbeiten, müßten jeder ihr besonderes Konto haben und über ihre Mittel, die sie in der Arbeit sich verdienen, verfügen können. In dieser Art, sich selbst seine Lage oder die Lage der Angehörigen durch seine Arbeit zu verbessern, wird in vielen Fällen ein mächtiger Ansporn zur Tätigkeit liegen, und in einzelnen Zweigen, z. B. bei Weberei, Zigarrenfabrikation usw., wo nach Stücken und Metern gerechnet werden kann, läßt sich durch Einführung eines Pensums und Überpensums ein weiterer Ansporn zur Arbeit finden.

Gegenwärtig geht alles mehr weniger schematisch zu, indem eben Kost- und Tabakzulagen gegeben werden. Dabei läßt sich wohl etwas, aber nicht in richtiger Weise die Qualität der geleisteten Arbeit belohnen.

Bei Einführung der buchmäßig nachgewiesenen Arbeit würden die Ausgabetitel für Geschenke und Zulagen fortfallen können (natürlich müssen Mittel vorgesehen bleiben für Stärkungszulagen an Fiebernde oder sonst elende Kranke); der Wert der geleisteten Arbeiten



muß bei den einzelnen Titeln in Einnahme, der ausgezahlte oder sonst verrechnete Arbeitsverdienst in Ausgabe ebenfalls bei den einzelnen Titeln nachgewiesen werden. In Spezialkonten, die der Oberpfleger für jeden Kranken ebenso führt, wie er jetzt schon die Konten für Eigentumsgelder von Kranken führt, müßten die Arbeiten der verschiedenen, nach bestimmten Qualitäten gruppierten oder je nach ihrer Leistungsfähigkeit eingeschätzten Arbeiter wochenweise nachgewiesen werden. Dann erfolgt nach dem zu Buche stehenden Guthaben des einzelnen Kranken die Verwendung nach seinen Wünschen und Mitteln entweder für Wurst, Tabak, oder er spart für sich selbst bis zum Termine seiner Entlassung, oder er schickt, wenn sein Guthaben eine gewisse Höhe erreicht hat, davon seinen Angehörigen. Wird jetzt z. B. ein Säufer, der einen kurzen deliranten Zustand durchgemacht hat, in die Anstalt gebracht und soll hier zu seiner Heilung wenigstens ein Jahr bleiben, wie kann er Ruhe finden, wenn er seine Familie in Sorge und Not gelassen hat? Stand ihm früher eine Rente zu, dann hat in vielen Fällen die Familie nichts davon, er selbst kann darüber nicht verfügen, denn entweder die Ortsbehörde oder die Provinzialbehörde zieht die Rente auf die Verpflegungskosten ein. Dann verlangt nicht nur der Kranke, der in der Anstalt umsonst nicht arbeiten will, hinaus, sondern auch die Angehörigen ruhen nicht, bis sie die Entlassung wieder durchgesetzt haben.

Sollte wirklich der Ortsarmenverband neben dem auf ihn fallenden Teil der Verpflegungskosten noch der Familie eine Unterstützung zahlen, dann fällt letztere meist so niedrig aus, daß die Not dadurch kaum gelindert wird. Der Schlesische Hilfsverein für Geisteskranke gibt seine Unterstützungen leider nur an entlassene Kranke, niemals aber an die Angehörigen. Also auch von dieser Seite gibt es keine Hilfe. Schon aus rein ärztlichen Gründen, d. h. um dem Kranken einen ruhigen Aufenthalt in der Anstalt zu ermöglichen, ist daher die Frage des Arbeitsverdienstes eine vollauf berechtigte, sie ist aber in jedem Fall berechtigt, denn jeder Arbeiter ist eben, wie es sprichwörtlich heißt, und worauf auch *Fischer* hinweist, seines Lohnes wert.

Der Verdienst, den die arbeitenden Kranken durch ihre Arbeit erzielen, muß ihnen allein zur Verfügung stehen. Deshalb bin ich mit den Vorschlägen, einen Teil des Arbeitsverdienstes für wissenschaftliche Zwecke oder für den Hilfsverein zu bestimmen, nicht



einverstanden. Der Hilfsverein muß für die entlassenen Kranken sorgen und muß seine Mittel aus Beiträgen der Kommunen oder freiwilligen Spenden geistig Gesunder herbeischaffen. Eine Ansammlung von Verdienstanteilen der Arbeit der Kranken zu anderen, z. B. wissenschaftlichen Zwecken, erscheint mir noch weniger diskutabel.

Die Schwierigkeit der Lösung der Frage, die sich schon aus den mancherlei zur Beseitigung der empfundenen Mißstände gemachten Vorschläge ergibt, liegt meines Erachtens in erster Reihe in der richtigen Abschätzung des Arbeitsverdienstes.

Wenn *Fischer* die Arbeitsstunde mit 35 Pf. bei den Männer annimmt, so ist dies offenbar wenigstens nach der Arbeitsbewertung hier bei uns im Osten zu hoch. Die Schätzung muß ganz nach lokalen Verhältnissen, getrennt nach der Arbeitslöhnung für Landwirtschaft und den Handwerkslöhnen, erfolgen. Selbst wenn man, wie *Fischer* es schließlich berechnet, von den 35 Pf. pro Stunde nur die Hälfte in Ansatz bringt, ergibt das bei 6 Arbeitsstunden $6 \times 17{,}5 = 105$ Pf., also über 1 M. pro Tag. Ich habe allerdings bereits zugegeben, daß ein Teil der kranken Arbeiter in der Anstalt mit ihrer Arbeit so hoch einzuschätzen ist, ja, daß zum Teil sogar höhere Sätze angesetzt werden könnten, sei es bei längerer Arbeitszeit oder besserer Leistung, im Durchschnitt scheint mir 1 M. pro Tag für männliche Kranke doch zu hoch bemessen, wenn man berücksichtigt, daß der Kranke fast stets nur unter Aufsicht arbeitet und bereits Wohnung, Kleidung und Beköstigung erhält. Es bleibt nichts übrig, als die Kranken, wie auch verschiedene Autoren bereits vorgeschlagen haben, in mehrere Arbeitsklassen zu teilen, obwohl dadurch die Verrechnung des Arbeitsverdienstes, die einzelne Behörden als besonders zeitraubend fürchten, etwas erschwert werden mag. Die Sache vereinfacht sich hinwieder dadurch, daß die niedrigste Klasse einmal die meisten Arbeiter umfassen wird, und andererseits dadurch, daß diese Arbeiter wegen ihrer Stumpfheit mit besonderen Wünschen nicht hervortreten, mithin nach der Zahl der verzeichneten Arbeitstage nach Schema mit Wurst, Zigarren, Tabak oder kleinen Geschenken bedacht werden können, wie dies in der Regel jetzt schon bei den meisten oder allen Arbeitern üblich ist. Wenn man für die unterste Kategorie 40—50 Pf. pro Tag als Arbeitswert ansetzt (¼ soll den Kranken als Prämie davon zustehen), würde dies hoch genug sein, ja, man könnte selbst mit 25 Pf. pro Tag auszukommen suchen. Die zweite Klasse Arbeiter, meist Handwerker, wären dann mit 0,75—1 M. pro Tag einzuschätzen (ebenfalls mit 25 % Prämie), und einzelne Kranke. die besonders tüchtig sind, könnten ein noch höheres Verdienst für sich in Anspruch nehmen. Bei all diesen Patienten, deren Arbeit von Fall zu Fall in verschiedenen Abstufungen abgeschätzt werden muß, ist genaue Spezialbuchung notwendig, in derselben Weise, wie dies bereits bei den



Kranken geschieht, die Eigentumsgelder zur Verfügung haben. Gerade diese Arbeiter besserer Qualität werden durch die Möglichkeit, ihre Lage durch Arbeit zu verbessern, zur Tätigkeit angespornt werden — nur bei einzelnen läge die Befürchtung nahe, sie könnten sich zeitweise, wenn ihr Arbeitsverdienst eine gewisse Höhe erreicht hat, so lange auf die faule Seite legen, bis ihr Geld wieder verbraucht ist. Hier ist also Vorsicht am Platze und vermehrte Aufsicht und Arbeit erforderlich, vielleicht hilft in solchen Fällen einfach die Sperrung des Arbeitsverdienstes, und es werden die Vorzüge des Systems alle etwaigen Nachteile, wie ich glaube, sicher aufwiegen. Man darf auch nicht vergessen, daß die bisher pro Kopf der Direktion zur Verfügung stehende Summe für Geschenke usw. fortfallen oder erheblich eingeschränkt werden könnte, man wird deshalb nicht auf jedes Anstaltsvergnügen verzichten, da aber an solchen Festen schließlich auch manche Nichtarbeiter teilnehmen, wird man allgemein für solche Vergnügungen eine Geldsumme pro Jahr aussetzen. Diese kann bescheiden sein, und man wird es z. B. nicht nötig haben, für jeden Kranken, wie dies in einzelnen Anstalten geschieht, zum Weihnachtsfeste pro Kopf 2 M. auszugeben. Man kann auch auf billigere Weise den Kranken eine Freude machen, und derjenige Kranke, der Geld hat oder sich von seinem Verdienst noch etwas erübrigt, mag sich davon Geschenke besorgen lassen. Ich bin aber keinesfalls dafür, aus dem Arbeitsverdienst gewisse Prozente in eine Vergnügungskasse fließen zu lassen. In ähnlicher Weise, wie für allgemeine Vergnügungen, muß auch allgemein für diejenigen nichtarbeitenden Kranken, die aus Rücksicht auf ihren Körperzustand Stärkungsmittel bedürfen, eine Geldsumme im Haushaltsplan ausgeworfen werden.

Die Frage, ob der Kranke mit dem für seine Arbeit ausgeworfenen Barverdienst oder der festgesetzten Arbeitsprämie zufrieden sein wird, kann mit wenigen Ausnahmen wohl als nebensächlich betrachtet werden. Meist wird der Betreffende doch lieber einen kleinen Verdienst, wie er festgesetzt ist, als gar nichts haben wollen.

Wesentlich ist dagegen die Frage, wie hoch sich die Kosten der Arbeitsentlohnung überhaupt stellen werden. In erster Reihe kommt natürlich in Betracht, welche Prämiensätze man zahlen will, und zweitens, wieviel Arbeiter überhaupt und wieviel in jeder Klasse vorhanden sind. Im wesentlichen ist die ganze Frage ein Buchmanöver, indem in Einnahme die Arbeitsbewertung aller Arten von geleisteter Krankenarbeit nachgewiesen wird, wogegen die einzelnen Arten der Arbeitsentlohnung bei den verschiedenen Ausgabetiteln gebucht werden. Die bisherigen Ausgabetitel für Belohnung in Naturalien oder Zigarren, Geschenke usw. werden, wie bereits erwähnt, entsprechend gekürzt werden können.



Es ist vielleicht zweckmäßig, die Bewertung der Arbeit und die Arbeitsbelohnung zu trennen, d. h. 25% des Wertes der geschätzten Arbeit als Arbeitsprämie oder Arbeitsentlohnung zu rechnen. Man kann auch sagen: 75% der Arbeit gheören der Anstalt, 25% stellen den Anteil des Kranken an der geleisteten Arbeit dar, da berücksichtigt werden muß einmal die kürzere Arbeitszeit (im Verhältnis zur Arbeit der Gesunden), ferner die bei der Arbeit meist notwendige Aufsicht, ferner die Gewährung von Kost, Kleidung und Bereinigung, die anteiligen Kosten der Aufsichtsführung, ärztlichen Behandlung, Verwaltung und Unterhaltung der Gebäude usw. Allerdings ist die Anrechnung der Verwaltungskosten usw. nicht ganz gerechtfertigt, da diese Kosten auch für die nicht arbeitenden Kranken aufgebracht werden müssen. Auf der anderen Seite wieder ergibt die Nichtberücksichtigung der geleisteten Arbeit ein ganz falsches Bild der Anstaltseinnahme, indem z. B. die Landwirtschaft riesige Erträge bucht, ohne die Ausgaben für die Arbeiter zu berücksichtigen. Mindestens müßte ein Teil der Überschüsse oder der Ersparnisse einzelner Kapitel den einzelnen Krankenkategorien zugute kommen.

Um aus den Schwierigkeiten der genaueren Festsetzung einer Arbeitsentlohnung herauszukommen, habe ich mich erkundigt, wie in Gefängnissen und Arbeitshäusern die Sache gehandhabt wird. Dabei hat sich für die Gefängnisse folgendes ergeben [1]).

Die Arbeitslöhne und Preise der Fabrikate setzt der Gefängnisvorsteher fest, ebenso die Arbeitsbelohnungen. Es sind auch bestimmte Tagesleistungen festgesetzt. Bei minderwertigen Leistungen wird die Arbeitsleistung entsprechend nach Bruchteilen gekürzt, Mehrleistungen durch Dezimalstellen (1—2 usw.) zum Ausdruck gebracht. In einer Liste wird die Zahl der Arbeitstage und der Tagesleistungen eingestellt. Hausarbeitern werden die Sonntage nicht als Arbeitstage angerechnet, sondern nur je nach Dauer der Beschäftigung als Mehrleistung vergütet. Die Arbeitsbelohnung bei voller Tagesleistung darf für den einzelnen Mann (mit wenigen Ausnahmen) 30 Pf. pro Kopf nicht überschreiten.

Die den Gefangenen gutgeschriebenen Arbeitsbelohnungen werden durch das Abrechnungsbuch nachgewiesen. Aus den Arbeitsbelohnungen können Zusatznahrungs- und Genußmittel, Briefmarken, auch Kleidungsstücke beschafft werden. Bei der Entlassung wird das Guthaben in einer ge-

[1]) Ordnung für die Verwaltung der Arbeitskassen bei den Gefängnissen der Justizverwaltung vom 3. März 1904. Amtl. Ausgabe, Berlin, Deckers Verlag.



wissen Höhe ausgezahlt, der Rest der Heimatsbehörde oder einem Vertrauensmann übersandt.

Die Arbeitsbelohnung beträgt meist ¼—⅛ der Arbeitsbewertung. Dabei ist (im Gegensatz zu unseren Kranken) zu bemerken, daß zweites Frühstück und sogenannter Vesperkaffee nicht gewährt werden.

Von den Arbeitslöhnen (bei Arbeiten für Fremde) werden abgezogen: die Aufseherkosten, die Verpflegungszulagen für die Unterbeamten, die die Aufsicht führen, Invalidenmarkenbeiträge.

Nach den Grundsätzen für die Berechnung und Verteilung des Arbeitsverdienstes der Gefangenen in den Gefängnissen der Justizverwaltung vom 31. März 1904 wird der Lohntarif für die geleisteten Arbeiten jedes Jahr neu festgesetzt unter Berücksichtigung etwaiger Minderleistungen. Dies gilt für Unternehmerarbeiten.

Bei Arbeiten für die Justizverwaltung beträgt der Höchstwert der Löhne pro Kopf und Tag 60 Pf. Die höchsten Sätze kommen für Handwerker und technische Arbeiter, die Sätze von 40 Pf. abwärts für andere Arbeiter, auch für weibliche Gefangene in Ansatz, für Federreißen, Hausarbeit usw. werden niedrige Sätze bewilligt. Bei Arbeiten an Fremde wird neben dem Verkaufspreis ein als Arbeitslohn zu vereinnahmender Zuschlag erhoben. Der Reinertrag des Arbeitsverdienstes (nach Abzug der Kosten für die Tagegelder der Aufseher, Zehrkosten der Unterbeamten, Invalidenbeiträge) steht zu ¼—⅛ den Gefangenen als Arbeitsbelohnung zu, $^1/_{12}$ bleibt für Remunerationen am Jahresschluß, der Rest fließt in Staatsfonds.

Die Arbeitsbelohnung kann aber durch Verpflegungszulagen um $^1/_{10}$, durch Beaufsichtigung bei Arbeiten außerhalb noch um $^3/_{10}$ gekürzt werden.

Erst von dem nun verbleibenden Arbeitsverdienst wird pro Tag ¼ gutgeschrieben, jedoch darf, wie erwähnt, der Satz von 30 Pf. pro Tag mit seltenen Ausnahmen nicht überschritten werden.

Der Gesamtbetrag der Arbeitsbelohnungen darf ⅛ des reinen Arbeitsverdienstes, der in dem laufenden Rechnungsjahr bei den betreffenden Gefängnissen aufkommt, nicht übersteigen.

Nimmt man nun z. B. für Gartenarbeiter einen Tagelohn von 1 M., für Erntearbeiten von 1,40 M., für Erdarbeiter von 40 Pf., für Tischler von 60—80—125 Pf. an, so ergibt sich, nach Berücksichtigung der verschiedenen Abzüge, eine Arbeitsbelohnung für Gartenarbeiter von 17 Pf., für Mäher von 17—25 Pf., für Meliorationsarbeiter 10 Pf., für Tischler usw. 10—25—35 Pf. Für Arbeiten in Küche und im Hause gibt es eine Arbeitsbelohnung von 5—10 Pf. Für Federreißen 3 Pf. Für das Reißen von 1 kg Federn wird 1 M. Arbeitslohn für Fremde berechnet und eine Tagesleistung von 120 g mit 12 Pf. angesetzt.

Man muß berücksichtigen, daß das den Gefangenen über ihre Arbeitsprämie zustehende Verfügungsrecht sehr eingeschränkt wird dadurch,

daß sie nicht täglich oder wöchentlich Wünsche äußern können, wie unsere Kranken, die an bestimmten Tagen der Woche ihren Einkauf an Tabak, Wurst usw. besorgen lassen können. Den Gefangenen wird Eßware — Tabak gibt es überhaupt nicht — nur an Feiertagen, also nur an einigen Tagen im Jahre besorgt. — Der Rest des Geldes wird bis zur Entlassung aufgehoben, auch gibt es nur bei längeren Strafen Arbeitsprämie, bei kurzer Strafe (bis 4 Wochen) fallen die Prämien bei geleisteter Arbeit fort. Endlich ist zu berücksichtigen. daß in den meisten Fällen den arbeitenden Gefangenen nur drei Mahlzeiten gereicht werden, zweites Frühstück und Vesper also fortfällt. Auch ist das Essen, das in der Regel nur mit 18—20 Pf. berechnet wird, natürlich viel geringwertiger, als das Essen in den Anstalten [1]).

In dem Arbeitshause in Schweidnitz wird den Korrigenden ebenfalls eine Arbeitsprämie zugebilligt. Dieselbe ist je nach dem Beschäftigungsort verschieden und darf nie den sechsten Teil der baren und ideellen Arbeitslöhne übersteigen. Diese Prämien sollen in der Regel zur Hälfte auf Nebengenüsse (Brot, Bier, Käse, Butter, Hering, Wurst, Fleisch, Schnupftabak und Obst) verwendet werden, jedoch nicht mehr als wöchentlich 50 Pf. und an den drei hohen Festtagen im Jahre je bis zu 1 M. Die andere Hälfte wird bis zur Entlassung aufgehoben. Diese Arbeitsprämien fließen in die sogenannte Extrakasse, bei welcher jeder Häusling sein Konto hat. Als Strafe kann Sperrung und teilweise Einziehung des Arbeitsverdienstes verfügt werden. Allgemein ist zu beachten, daß es sich nicht um einen Arbeitsverdienst mit Rechtsansprüchen, sondern nur um ein Geschenk der Provinz handelt.

Die Berücksichtigung niederer Leistungsfähigkeit bei den Arbeiten unserer Geisteskranken führt dazu, die Arbeiter in drei bis vier verschiedene Leistungsklassen einzureihen. Man muß dann nach Ermittelung des Arbeitslohnes oder der Arbeitsbewertung die Arbeitsbelohnung mit 25% oder ¼ des Arbeitswertes berechnen, dabei aber festhalten, daß unsere Kranken, wenn auch einzelne mit besonderen Wünschen hervortreten, meist damit zufrieden sein werden, wenn ihnen bestimmte Arbeitszulagen in natura gereicht werden. Wie hoch man dabei gehen kann, darüber gibt eben die Arbeitsklasse, in die der Betreffende eingereiht ist, und die Arbeitsliste, die die Einzel-

[1]) In der Irrenanstalt Lublinitz kostet die Verpflegung in II. Klasse (ohne Zulage) gegenwärtig 53 Pf., im hiesigen Gefängnis 18 Pf., trotz dessen hört man sehr oft von degenerierten Geisteskranken, das Essen im Gefängnis oder Zuchthaus sei besser als in der Irrenanstalt. Auch bezüglich der Arbeitsprämie stellen diese Kranken ganz falsche Behauptungen auf.



leistung nachweist, ob der Kranke z. B. regelmäßig arbeitet oder öfter aussetzt, Aufschluß; aus den Arbeitslisten läßt sich dann monatlich bzw. jährlich der Gesamtwert der Arbeiten genau berechnen, der in Einnahme gestellt wird, während die Arbeitsbelohnung bei den einzelnen Titeln in Ausgabe kommt, z. B. also Garten- und Feldarbeit bei der Landwirtschaft, Schuhmacher- und Schneiderarbeit bei der Bekleidung, ebenso wie Näharbeiten, Tischlerei, bei Kapitel Bau- und Inventarunterhaltung usw. Die für die Buchung zu erwartende Mehrarbeit ist nicht so schlimm, daß dadurch die Sache scheitern könnte. Denn auch heute schon werden doch Arbeitslisten geführt.

Um einen genauen Anhalt zu geben, wie ich mir die Berechnung der Arbeitsbelohnung für die einzelnen Arbeitsklassen denke, habe ich folgendes Schema entworfen:

M. A. Monat

No.	Name	Beschäftig.	Klasse I.	II.	III.	IV.	Monatstage 1.	2.	3.	bis 31.	Anzahl d. Tg.	Arbeitsprämie i. Einz.	i. Ganz.	Bemerkung

In die monatlich abzuschließende Liste werden die einzelnen Beschäftigungszweige nacheinander aufgeführt, Schneider, Tischler, Maurer, Weber, Schuhmacher, Sattler, Gartenarbeiter — am besten so, daß die Arbeiter nach den einzelnen Titeln des Etats, für die sie tätig sind, zusammengestellt werden, um die späteren Berechnungen zu erleichtern, wenn man nicht vorzieht, sofort getrennte Listen nach den einzelnen Beschäftigungsarten oder Titeln der Bekleidung, Beköstigung, Bau usw. anzulegen. Auch die Einreihung der Pfleglinge in die einzelnen Arbeiterklassen ist nicht schwer, da man doch bald genau die Qualität jedes Arbeiters kennen lernt. Es wird Schneider I., II., III. Klasse geben, ebenso Schuhmacher, Maurer, Feld- und Gartenarbeiter; Hausarbeiter können je nach Qualität der Klasse III oder IV zugewiesen werden, während z. B. Federreißer und Wollezupfer nach Klasse IV gehören.

Und nun die einzelnen Lohnsätze bzw. die Höhe der Arbeitsbelohnung in den einzelnen Klassen. Hier heißt es genau rechnen, denn für die Verwaltung ist nicht nur die Mehrarbeit in der Buchung ein Punkt, das neue System abzuweisen (obwohl im Arbeitshause und den Gefängnissen die Buchung sich ermöglichen läßt), sondern vor allen Dingen die Befürchtung, daß neue Ausgaben, Mehrausgaben nötig werden. Dies befürchte ich nicht, denn man hat es ja in der Hand, die Höhe der Prämien jedes Jahr neu festzusetzen, man hat die Kranken gut in der Kontrolle, gewinnt



ein mächtiges Mittel zum Arbeitsantrieb namentlich bei den Kriminellen und darf nicht vergessen, daß die meisten Anstalten doch bereits eine Arbeitsbelohnung aus dem Dispositionsfond, oder wie sonst der Titel heißt, in natura bewilligen. Ich verlange also nichts wesentlich Neues, nur die Art der Berechnung ist anders, es ergibt sich deutlich, welche Arbeit geleistet ist, die Ausgaben verteilen sich gerechter auf die einzelnen Titel, denen die Arbeit zugute kommt (was man jetzt gar nicht übersieht), und die Kranken haben eben, soweit sie dazu fähig sind, über ihre Prämien freie Verfügung. Ist z. B. ein Kranker Nichtraucher, so kann er an Stelle des Tabaks, den ein Kranker sich kauft, sich etwas anderes besorgen, oder das Geld für Kleidung usw. sparen. Jetzt wird meist die Sache mechanisch abgemacht, manche Kranke wissen sich Vorteile zu verschaffen, die ihnen nicht zustehen, andere wieder, die fleißig sind und ihre Familie draußen in Not wissen, können ihr nichts zuwenden, drängen nach Entlassung oder stellen die Arbeit ein, da sie keine bare Belohnung erhalten. Demgegenüber werden die vielen Vorteile, die ich erwähnt habe, dem System der baren Arbeitsbelohnung zum Siege verhelfen.

Nun nochmals zurück zur Berechnung der Arbeitsprämie der einzelnen Arbeitsklassen. Zunächst bei den männlichen Pfleglingen. Man muß, wie schon erwähnt, zunächst eine Arbeitsliste anlegen und die Pfleglinge je nach ihrer Arbeitsqualität in die einzelnen (drei oder vier Klassen) eintragen.

Das Zahlenverhältnis der einzelnen Arbeitsklassen wird Schwankungen unterliegen. Nehmen wir an, es seien von 450 männlichen Kranken 215 beschäftigt, dann ergibt eine Zusammenstellung vom Jahre 1912: Arbeiter IV. Klasse 19 %, III. Klasse 16 %, II. Klasse 35 %, I. Klasse 30 %. Dann ist eine Berechnung des Wertes der geleisteten Arbeit festzusetzen. Einen Anhalt kann hier das oben mitgeteilte Verfahren in der Strafanstalt geben, wonach z. B. für Schuhmacher 40 Pf. bis 1 M., für Tischler ebenfalls 60 Pf. bis 1 M., für Erntearbeiter etwa 60 Pf. bis 1,20 M., für Meliorationsarbeiter 50—60 Pf. gerechnet werden. Der vierte Teil dieses Arbeitswertes gilt als Arbeitsprämie. Wie wenig freilich die Arbeit von Gefangenen und Geisteskranken direkt verglichen werden kann (auch die Arbeitszeit ist schon sehr verschieden), ergibt folgendes: Beim Federschleißen, das mit 1,20 M. pro Kilo bezahlt wird, rechneten die Gefängnisse als Arbeitspensum (heut ist das Federschleißen in dem hiesigen Gefängnis ganz abgeschafft) 120 g pro Tag. Als Arbeitsprämie erhält dafür der Gefangene 3 Pf. 8—10 Arbeiter brachten also das Schleißen von 1 kg Federn am Tage fertig; Geisteskranke würden 30—40 dazu gehören, um dasselbe Arbeitspensum zu bewältigen. Und so auch bei den anderen Arbeiten, wenn auch Ausnahmen vorkommen und einzelne gute Arbeiter sich vor den anderen auszeichnen. Aber, wie erwähnt, die Arbeitszeit ist erheblich kürzer. So können bei uns die fleißigsten Weber etwa 3—6 m pro Tag fertig bekommen, Leute im Arbeitshause 8—10 m.



Einen anderen Berechnungsmodus kann man dadurch zugrunde legen, daß man den Wert dessen berechnet, was heut bereits den einzelnen Kranken in natura täglich als Zulage gereicht wird. Man stellt fest, was ½ l Milch, 1 Portion Kaffee, 100 g Wurst, 1 Zigarre, 20 g Rauchtabak oder Schnupftabak, Preßtabak usw. kosten und kann sagen:

Wert der Arbeit 10 Pf. Arbeitsprämie 2,5—3 Pf. Die IV. Klasse (Federschleißer, Wollezupfer, Hausbereiniger) erhält täglich Brotzulage 4 Pf., zweimal Nachmittagskaffee 6 Pf., zusammen für 10 Pf.

Wert der Arbeit 25—30 Pf. Arbeitsprämie 6—8 Pf. Die III. Klasse (Hausarbeiter, einzelne Handwerker, Feld- und Gartenarbeiter) erhält täglich Brot, täglich Kaffee, Sonntags eine Zigarre oder 20 g Rauchtabak.

Wert der Arbeit 45—50 Pf. Arbeitsprämie 11—12,5 Pf. Die II. Klasse (meist Guts- und Gartenarbeiter, Handwerker, Weber usw.) dasselbe wie III. Klasse, der Rest der Arbeitsprämie wird gutgeschrieben oder zweimal Käse, einmal Wurst verabreicht.

Wert der Arbeit 80—100—200 Pf. oder durchschnittlich 142 Pf. Arbeitsprämie 20—25—35,5 Pf. Die I. Klasse erhält Kaffee + Frühstück + Vesperbrot + Tabak + sechsmal 100 g Wurst + 1 l einfach Bier oder statt der letztgenannten Kostzulagen entsprechende Gutschrift auf das Konto.

Man kann berechnen die Kosten von täglich Brotzulage und Vesperkaffee (zweimal die Woche) auf 4—10 Pf. Die Kosten von Tabak und Zigarren (einmal) 2,7 Pf. Die Kosten von einfachem Bier (einmal) 3,5 Pf. Die Kosten von zweimal Kaffee und einmal Wurst 23,5 Pf. Die Kosten von sechsmal 100 g Wurst und einer Flasche Bier 102,5 Pf.

Es wird also die Arbeitsprämie bei der Klasse IV und III einfach durch die sofort gewährte Belohnung in natura abgegolten, wodurch die Buchung sehr vereinfacht wird. Immerhin ist die Arbeitsliste wertvoll, da sie genaue Auskunft über die Arbeit gibt, und die Möglichkeit gewährt, auch in Klasse IV und III, wenn der Kranke auf Tabak z. B. verzichtet, eine Barvergütung zur anderweitigen Verfügung gutzuschreiben. Die arbeitenden Pfleglinge II. und I. Klasse werden, soweit sie stumpf sind und auf Barentlohnung kein Gewicht legen, ebenfalls in natura abgegolten, sie haben aber, namentlich in Klasse I, die Möglichkeit, sich ein größeres Barkonto aufzusparen, z. B. können gute Arbeiter im Laufe des Jahres auf Zulagen in natura verzichten, z. B. nur in der Ernte statt Geld dafür sofort die Zulage an Wurst usw. erhalten.

Bei den Frauen kann man ebenfalls vier Klassen annehmen, allgemein aber Arbeitswert und Entlohnung etwas herabsetzen.

Ich nehme an: in IV. Klasse Arbeitswert 10 Pf., Arbeitsbelohnung 0, 25 Pf. (dafür zweimal Kaffee und in der Woche Brotzulage); in III. Klasse Arbeitswert 20 Pf., Arbeitsbelohnung 5 Pf. (täglich Kaffee und Semmel oder Brot); in II. Klasse Arbeitswert 40 Pf., Arbeitsbelohnung 10 Pf. (täglich Zulage in natura wie bei Klasse III, der Rest gutgeschrieben

r Schokolade, Seife, Obst usw.); in I. Klasse Arbeitswert 0,80—1,00 M., rbeitsbelohnung 20—25 Pf. (Zulage in natura wie bei II und III oder 'urst, Käse, Semmel, der Rest gebucht zur Verwendung nach eigenem rmessen).

Endlich die Kostenfrage! Rechnen wir, wie vorhin für unsere Anstalt ngenommen, für den Monat (zu 25 Arbeitstagen)

in IV. Klasse	49	Arbeiter	à 3 Pf.,	so macht das	36,75 M.
in III. ,,	37	,,	à 7 ,,	,, ,, ,,	64,75 ,,
in II. ,,	70	,,	à 11,5 ,,	,, ,, ,,	201,25 ,,
in I. ,,	59	,,	à 27,5 ,,	,, ,, ,,	405,50 ,,
	215				708,25 M.

Das würde für die Männerabteilung im Jahre rund 8500 M. ausmachen. Man muß eben berücksichtigen, daß auch jetzt bereits den Arbeitern die Zulagen in natura gewährt werden, und daß die Arbeitszulage und die Ausgabe für Geschenke, Sonntagskaffee, Weihnachten, Erntefest mit etwa 8500 + 6000 M. bereits im Etat vorgesehen sind. Eine kleine Mehrausgabe würde durch die höheren Prämiensätze für die Arbeiter I. Klasse allerdings unvermeidlich sein, dadurch wird jedoch für viele gute Arbeiter ein Ansporn zur Tätigkeit gegeben, und andererseits wird ja die Last dadurch verteilt, daß nicht ein Titel die Ausgabe trägt, sondern die einzelnen Titel, für die die Arbeit geleistet wird. Die Ausgabe im ganzen bleibt allerdings unverändert, die Verteilung ist nur gerechter, man kann auch ersehen, welche Arbeit geleistet wurde, und die bessere Belohnung gerade der besseren Arbeiter wird diese zu vermehrter Tätigkeit anspornen, wodurch wieder die Arbeit im ganzen verbilligt wird.

Die Höhe der Arbeitsbewertung und Arbeitsbelohnung mag jeder nach den lokalen Verhältnissen verschieden hoch veranschlagen, er mag in alter Weise alle seine arbeitenden Pfleglinge mit Kaffee, Tabak usw. belohnen oder teilweise oder ganz ihnen Geld zu Buch bringen — auch diese und andere Verschiedenheiten mögen bestehen bleiben, jedenfalls wäre aber eine größere Berücksichtigung der Barentlohnung wenigstens der besseren Arbeiter aus dem oben wiederholt angeführten Grunde gerechtfertigt.

Je mehr unsere Anstalten den Arbeitsbetrieb ausbauen, je größer und mannigfaltiger die Arbeitsgebiete der einzelnen Anstalten in Feld, Garten, Handwerkstätten usw. werden, um so mehr wird sich auch das Bedürfnis nach einer möglichst gerechten Entlohnung der Arbeiter geltend machen. Die Allgemeinheit, insbesondere die Angehörigen, werden dadurch zufriedengestellt, die Kranken selbst zur



Arbeit angespornt, die Tätigkeit der Anstaltsärzte aber dadurch nützlich und segenbringend gestaltet. Man wird die Kranken viel sorgfältiger beobachten, um sie in ihrer Arbeitsqualität richtig einzuschätzen, man wird sie um ihrer selbst willen und, um ihrer Familie zu helfen, zur Arbeit anspornen, und für den Arzt wird ein mächtiges Antriebsmittel zur Einwirkung auf den Kranken gegeben, da er diesem eine einigermaßen angemessene Belohnung seiner Mühe in Aussicht stellen kann. Das verdiente Geld soll dem Kranken zur Verfügung stehen, es sollen nicht Teile davon in die Vergnügungskasse oder Hilfsvereinskasse fließen, jeder Arbeiter soll seines Lohnes wert sein und ihn allein genießen, sofern er nicht ganz oder teilweise zugunsten seiner Familie darauf verzichten will.

Das Reglement für die Schlesischen Anstalten (Ausführungsvorschuß vom 11. April 1895) bestimmt: Der Ertrag der gelieferten Arbeit gehört der Anstalt.

In den schlesischen Irrenanstalten wurde bis zum Jahre 1894 ein ideeller Arbeitsverdienst der Kranken berechnet. Zum Zwecke der Vereinfachung der Rechnungslegung wurde dann die an sich unvollkommene Berechnungsmethode des ideellen Arbeitsverdienstes fortgelassen. Dieser Arbeitsverdienst wurde pro Kopf und Jahr mit 6—14,5 M. pro Kopf angenommen, d. h. also bei 300 Arbeitstagen 2—5 Pf. pro Tag Arbeitsverdienst, eine Arbeitsprämie in bar wurde nicht gewährt. Diese geringen Sätze wurden für die Berechnung der Selbstkosten der Verpflegung in Ansatz gebracht, aber wegen der geringen Höhe und der durch die Buchung vermehrten Arbeit fortgelassen. Jetzt wird nur ein Arbeitsverdienst von denjenigen Arbeiten vereinnahmt, die von den Kranken für Fremde (z. B. Federschleißen) geleistet werden. Die Entlohnung der Kranken findet durch Arbeitszulage, Geschenke, Zigarren usw. statt. — Bargeld wird nicht vergütet.

Die Schwierigkeit einer richtigen Arbeitseinschätzung gebe ich zu, trotz dessen wäre diese im Interesse der Kranken zu leistende Arbeit wohl zu überwinden und muß überwunden werden, je mehr die Ausdehnung des Arbeitsbetriebes unserer großen Anstalten eine Barentlohnung als Ansporn zur Arbeit nötig macht.

Es handelt sich freilich nicht nur um eine Einnahme, wie früher, als man den ideellen Arbeitsverdienst berechnete, sondern auch um eine Ausgabe bei den einzelnen Arbeitstiteln oder Kapiteln; die Mehrarbeit durch Buchung und Arbeitsliste wird auch meist nur von dem Oberpfleger geleistet werden, ja, wird meist in seinen Arbeitslisten

jetzt schon von ihm geleistet, — ich hoffe deshalb, daß vielleicht eine Annahme meiner Vorschläge, namentlich wenn sie von anderer irrenärztlicher Stelle Unterstützung findet, erfolgen wird. In erster Reihe kommen die Vorteile des neuen Systems den Kranken zugute, und wenn in der Strafanstalt die Buchführung möglich ist, wird diese Mehrarbeit auch in unseren Irrenanstalten möglich sein.



Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

90. Ordentliche Generalversammlung des Psychia-trischen Vereins der Rheinprovinz am 21. Juni 191: in Bonn.

Anwesend sind: *Adams*, *Aschaffenburg*, *Bastin*, *Baumann*, *Bernard* *Beyer*, *Bickel*, *v. Ehrenwall*, *Fabricius*, *Förster*-Bonn, *Fuchs*, *Gerhart*: *Giesler*, *Gudden*, *Hackländer*, *Herting*, *Herzfeld*, *Hoestermann*, *Hübner* *Jannes*, *Kirch*, *Kleefisch*, *Liebmann*, *Lückerath*, *Mappes*, *Mörchen*, *Müller* Waldbröl, *Neu*, *Neuhaus*, *Oebeke*, *Orthmann*, *Pelman*, *Peretti*, *Rieder* *Rosenthal*, *Rülf*, *Schreiber*, *Schulten*, *Sioli*, *Sommer*, *Stallmann*, *Stein* *brecher*, *Thomsen*, *Umpfenbach*, *Voßschulte*, *Wahn*, *Wassermeyer*, *Westpha* *Wiehl*.

Als Gäste sind anwesend: Dr. *Dotzel*-Bonn, Dr. *Schneider*-Köln Dr. *Viegener*-Bonn, Dr. *Leroy*-Lüttich.

Der stellvertretende Vorsitzende, Geheimrat *Oebeke*, eröffnet di Sitzung, begrüßt die Anwesenden und stellt namens des Vorstandes de Antrag, den Vorsitzenden des Vereins, Geheimrat *Pelman*, der im Janua d. J. das 75. Lebensjahr vollendet hat, zum Ehrenmitglied des Psychiatri schen Vereins zu ernennen. Die Ernennung erfolgt einstimmig.

Der Vorsitzende teilt dann mit, daß am 30. Dezember 1912 de leitende Arzt der Irrenheilanstalt in Kaiserswerth, Sanitätsrat *Tippe* und am 2. Mai d. J. der Oberarzt der Provinzial-Heil- und Pflegeanstal in Bonn, Dr. *Schütte*, gestorben sind. Dem Geh. Med.-Rat *Schwartz* i Köln hat der Vorsitzende gelegentlich der Vollendung seines 90. Leben: jahres die Glückwünsche des Vereins übermittelt. Der Vorsitzende wir beauftragt, dem Geheimrat *Sander* in Berlin zur Vollendung des 75. Leben: jahres und dem Geheimrat *Tigges* in Düsseldorf zum 60 jährigen Dokto: jubiläum die besten Wünsche des Vereins zu übersenden. Die neugegründet Vereinigung der Ärzte an den Privatanstalten der Rheinprovinz wi ihre Herbstversammlung immer in Bonn am Tage der Herbstversammlur des Psychiatrischen Vereins abhalten und hat den Wunsch ausgesproche: daß jedesmal auf der Einladung des Psychiatrischen Vereins zur Herbs versammlung darauf hingewiesen wird. Diesem Wunsche soll Fol;



geben werden. Professor *Hübner*-Bonn wird in der Novemberversamm-ng ein Referat über die Entstehung der Sinnestäuschungen erstatten.

Die Vereinskasse wird revidiert und dem Kassenführer Entlastung teilt. Die Versammlung beschließt die Erhebung eines einmaligen eitrags von 3 Mark.

In den Verein werden dann aufgenommen: Dr. *Altendorf*, praktischer rzt in Bonn, Dr. *Hansen*-Luxemburg, zurzeit an der Provinzial-Heil-ıstalt Galkhausen, und Dr. *Ernst Müller*, Oberarzt der Irrenheilanstalt ı Waldbröl.

Es folgen die Vorträge und Demonstrationen:

F. Sioli-Bonn: Demonstration von Spirochäten ei Paralyse.

S. zeigt Mikrophotogramme von Spirochäten bei Paralyse nach inem von *Noguchi* an Professor *E. Hoffmann* gesandten Präparat und ine Spirochäte, die *S.* selbst bei Paralyse fand; dieselbe ist ein auch von *E. Hoffmann* anerkanntes Exemplar der Spirochäte pallida. Es ist das lie ganze Ausbeute der Untersuchung von 20 Fällen von Paralyse, von enen je zwei Rindenstücke (Gyr. centralis ant. u. post., Gyr. frontalis der Gyr. rectus) mit der von *Noguchi* angegebenen Modifikation der evaditifärbung behandelt wurden. Von jedem der Blöcke wurden 6—10 chnitte genau durchsucht.

Westphal-Bonn: Krankenvorstellungen.

1. Fall von motorischer Aphasie mit moto-ischer Apraxie. Frau Persyn, 57 Jahre alt.

Mehrere Schlaganfälle. Rechtseitige Parese. Komplete motorische phasie, auch Reste von Worten oder Silben nicht vorhanden. Sprach-erständnis erhalten. Schriftverständnis, erkennt ihren ihr vorgeschriebenen Namen. Keine agnostischen Störungen.

Beweglichkeit des l. Armes nicht gestört, es können jedoch Aus-rucksbewegungen (Drohen, Winken, Grüßen, Nasedrehen usw.) oder estimmte Zweckbewegungen (Klopfen, Klingeln usw.) nicht ausgeführt erden. An ihrer Stelle erfolgen sinnlose, amorphe Bewegungen (Apraxie). ie Zunge zu zeigen ist sie nicht imstande (Apraxie? Glossoplegie?). uch das Nachahmen von Bewegungen ist nicht möglich. Die Unter-uchungen werden oft durch das besonders bei Ermüdung eintretende laftenbleiben an Fehlreaktionen erschwert. Es sind ein oder mehrere lerde anzunehmen, welche das *Broka*sche Zentrum zerstört, zugleich lie sensomotorischen Zentren der l. Hemisphäre und die von ihnen aus-ehenden Balkenfasern für die entsprechenden Zentren der rechten Hemi-phäre mitergriffen haben. Ausführung der Ansichten *Liepmann*s und *Hartmann*s über den dominierenden Einfluß des l. Stirnlappens auf die Ausführung einfacher Bewegungen.



2. Fall. Frau P. Sensorische Aphasie.

Die Worttaubheit ist eine vollständige, Patientin verhält sich wie eine taube Person, keine Aufforderung wird verstanden.

Spontanes Sprechen erhalten, starker Rededrang, mitunter paraphasische Ausdrücke. Schriftverständnis und Fähigkeit zum Schreiben aufgehoben. Keine hemiparetischen Erscheinungen.

Der Fall ist durch seine Ätiologie bemerkenswert. Die Aphasie entstand kurze Zeit nach der Radikaloperation eines Mammakarzinoms. Es ist ein metastatischer Herd im *Wernicke*schen Zentrum anzunehmen.

3. Fall. 54 jähriger Mann mit progressiver Bulbärparalyse.

Fast akuter, aber nicht apoplektiformer Beginn des Leidens vor etwa 8 Wochen. Bis zu dieser Zeit soll Patient, ohne daß irgendeine Störung bemerkt worden ist (Angabe der intelligenten Frau des Pat.), gesprochen und geschluckt haben. Auch Schwindelanfälle sind nicht vorausgegangen. Zurzeit Sprache und Phonation aufgehoben. Schlucken sehr erschwert, Pfeifen, Aufblasen der Backen unmöglich. Das Gaumensegel hebt sich unvollkommen, Zunge schlaff, atrophisch, liegt unbeweglich auf dem Boden der Mundhöhle, starke fibrilläre Zuckungen.

Untere Gesichtshälfte auffallend starr. Die Augenbewegungen frei. Stirnrunzeln erhalten. Keine spastischen und atrophischen Erscheinungen an den Extremitäten.

Die Differentialdiagnose gegenüber der akuten (apoplektischen) und der Pseudobulbärparalyse wird besprochen. Der Fall gehört zu den seltenen Fällen von progressiver Bulbärparalyse mit akutem, jedoch nicht apoplektiformem Einsetzen der Sprachstörung, deren weiterer Verlauf aber auch dann stets ein stetig progressiver ist (*Oppenheim*[1])). In dem demonstrierten Fall ist der auffallend schnelle Verlauf des Leidens — vollständige Aufhebung des Sprachvermögens nach etwa achtwöchiger Krankheitsdauer — besonders bemerkenswert.

4. Fälle multipler Sklerose mit psychischen Störungen.

a) Str., 40 jähriger Mann.

Paraparese der unteren Extremitäten.

Beiderseits Babinski.

Patellarreflexe lebhaft.

Keine deutlichen Spasmen.

Bauchdeckenreflexe fehlen.

Nystagmus.

R. beginnende temporale Abblassung der Papille.

Andeutung von Intentionstremor.

Psychisch. Leichte Abnahme der Intelligenz.

---

[1]) Lehrbuch der Nervenkrankheiten 1913, S. 1327.



Anfallartig auftretende Halluzinationen des Gehörs- und Gesichtssinns, vorwiegend bedrohenden, ängstlichen Inhalts; fürchtet totgeschossen, hingerichtet zu werden. In den halluzinatorischen Zeiten ängstlich erregt, sonst ruhig und apathisch.

b) Frl. G. B., 43 Jahre alt.

Spastische Parese der unteren Extremitäten. Beiderseits Fußklonus, *Oppenheim* und *Babinski*. Zerebellare Ataxie. Bauchdeckenreflexe fehlen, Nystagmus, temporale Abblassung der Papillen. Andeutung von Intentionstremor, leichte Sprachstörung.

Psychisch. Abnahme der Intelligenz. Anfallartig auftretende Visionen und Akoasmen. Kugeln in Regenbogenfarben aus dem linken Ohr wie Leuchtkugeln hervorschießend, Tierstimmen im Kopfe (Miauen von Katzen, Schreien). Unter dem Einfluß der Gehörstäuschungen zeitweilig auftretende Wahnideen, daß Tiere sich in ihrem Kopfe befänden, und andere hypochondrische Vorstellungen werden in den von Sinnestäuschungen freien Zeiten korrigiert.

c) Frau Chr. M., 53 Jahre alt.

Spastische Parese der unteren Extremitäten, beiderseits Fußklonus, kein *Oppenheim* oder *Babinski*, skandierende Sprache, ausgesprochener Intentionstremor, Zwangslachen.

Leichter Nystagmus.

Augenhintergrund normal.

Wassermann im Blut und Liquor negativ, kein *Nonne-Apelt*, keine Pleozytose.

Psychisch. Vorgeschrittene Demenz mit gewisser Krankheitseinsicht, daß der Verstand und das Gedächtnis gelitten hätten.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß in den beiden ersten Fällen neben leichten Intelligenzstörungen anfallartig auftretende Sinnestäuschungen und Wahnideen das Krankheitsbild auf psychischem Gebieten beherrschen, während in dem letzten Fall einfache schwere Demenz zu konstatieren war.

Die Differentialdiagnose gegenüber der progressiven Paralyse wird besprochen und auf die in der Literatur niedergelegten Veröffentlichungen über psychische Störungen bei multipler Sklerose (*Sellig*, *Seiffer*, *Raecke* u. a.) hingewiesen.

5. Fälle mit psychischen Störungen bei Paralysis agitans.

a) Ad. Br., 70 Jahre.

Typisches Bild der Paralysis agitans. Seit einiger Zeit Auftreten ängstlicher halluzinatorischer Erregungszustände. Fürchtet geköpft, hingerichtet zu werden. Allgemeine Abnahme der geistigen Kräfte.

b) Frau A. D., 65 Jahre.

Typisches Bild der Paralysis agitans, starke Arteriosklerose. Schwere Depression, wiederholte Suizidalversuche, hört Stimmen, die ihr zurufen,



daß sie geholt werden solle, sieht bedrohende Gestalten. Der Vortragende führt aus, daß in beiden Fällen die beobachteten psychischen Störungen nicht für Paral. agitans charakteristisch, sondern als Komplikationen anzusehen sind, die sich auf dem Boden des Seniums und der Arteriosklerose bei den an Zitterlähmung leidenden Kranken entwickelt haben.

Herting-Galkhausen spricht über das Ergebnis seiner historischen Studien, daß eine große Anzahl moderner Anstaltseinrichtungen, neuer therapeutischer Wege, psychiatrisch-fortschrittlicher Ansichten und Bestrebungen schon vor 100 und mehr Jahren von den Anstaltsärzten gedacht, mitgeteilt und empfohlen seien, ohne indessen Anerkennung und allgemeine Anwendung gefunden zu haben.

Giesler-Grafenberg: Psychose und Geburt.

Der Einfluß einer Entbindung auf den Verlauf einer Psychose wird an 50 Fällen untersucht; zu diesen gehören 5 Fälle von Manie bzw. manisch-depressivem Irresein, 17 Fälle von Dementia praecox, 10 Fälle von Melancholie, 9 Fälle von Paralyse, 3 Fälle von Paranoia, 2 Fälle von Epilepsie und 4 Fälle von akuter Verwirrtheit. Bei der Gruppe der Manischen und Manisch-depressiven zeigten sich nur in 3 Fällen gleich post partum einsetzende unbedeutende Remissionen von 1—2 Tagen. Von den 10 Melancholiefällen zeigten sich 7 ganz unbeeinflußt; einer wies post partum eine 14 tägige Remission auf; bei zweien setzte die nach einigen Wochen in Genesung übergehende Besserung gleich nach der Entbindung ein. Drei der Fälle von Dementia praecox wiesen Remissionen von einwöchentlicher bis einmonatlicher Dauer auf, einer zeigte post partum eine völlige Änderung des Zustandes (Ablösung der vorher bestehenden starken psychomotorischen Erregung durch ausgesprochene Stumpfheit); die übrigen blieben unbeeinflußt bzw. zeigten post partum rasch fortschreitende Verblödung.

Von den 9 Paralysefällen wies nur einer eine einwöchentliche Remission auf, 5 zeigten sich durch die Entbindung unbeeinflußt, bei dreien trat Verschlimmerung namentlich der körperlichen Symptome ein.

In einem Epilepsiefall sistierten die in der Gravidität häufig aufgetretenen Anfälle 5 Wochen lang vollständig, ebenso in dem zweiten bis zu dem eine Woche später erfolgenden Exitus.

Die 3 Fälle von Paranoia zeigen sich ganz unbeeinflußt; bei den 4 Fällen von akuter Verwirrtheit überdauerte das Stadium der Erregung den Zeitpunkt der Entbindung noch um 1—3 Monate. Mit Ausnahme der beiden Melancholiefälle ist also an diesen 50 Fällen ein nennenswerter Einfluß der Entbindung auf den Verlauf einer Psychose nicht zu konstatieren.

Diskussion. — *Hübner*-Bonn stimmt den Ausführungen des Vortragenden, namentlich soweit sie die Einleitung des künstlichen Abortes betrifft, vollkommen bei. Schon bestehende Psychosen werden in den



ltensten Fällen durch die Entbindung beeinflußt. Weiter ist *H.* auffallen, daß die Entbindungen bei Geisteskranken im allgemeinen verältnismäßig wenig schmerzhaft sind.

Was die klinischen Zustandsbilder anlangt, so hat *H.* vielfach beoachtet, daß die Pat. der Geburt völlig ratlos gegenüberstanden. Sie eigten eine gewisse ängstliche Unruhe und Ratlosigkeit, vermochten as, was mit ihnen geschah, nur selten richtig zu beurteilen und kümmerten ch auch nach Austritt des Kindes ganz selten um dieses.

Weiter ist *H.* aufgefallen, daß bei geisteskranken Frauen sehr selten nfektionen post partum auftreten, obwohl die Bedingungen quoad Asepsis ei der Entbindung meist besonders ungünstige sind.

H. hat einige Fälle beobachtet, in denen unmittelbar post partum Kot und Urin in die Geburtswege hineinkam, ohne daß dadurch irgendwelcher Schaden angerichtet wurde. In dem einen Falle bestand 24 Stunden lang Fieber.

Aschaffenburg: Bedeutung und Wesen der Amnesie.

Vortr. beschränkt sich in seinen Ausführungen unter Beiseitelassen der organisch bedingten Amnesien bei Aphasie, seniler paralytischer Demenz usw., auf das Erlöschen der Erinnerung für bestimmte Zeitabschnitte.

Daß die Erinnerung überall da mangelhaft ist, wo die ordnende Orientierung in dem Chaos der Einzeleindrücke fehlt, also bei allen deliriösen Zuständen, ist begreiflich. Dem Bewußtwerden entspricht im allgemeinen das Bewußtbleiben, so daß wir aus dem Fehlen der Erinnerung auf Bewußtlosigkeit schließen. Aber dieser Parallelismus besteht nicht immer. Es beeinflußt noch ein anderer, unbekannter Vorgang die Erinnerung. Vortr. weist hier besonders auf die retrograde Amnesie hin, die auch solche Fälle aus der Erinnerung auslöscht, die bewußt erlebt sind. Bei Selbstmordversuchen durch Erhängen ist vielleicht die Hirnanämie zur Erklärung heranzuziehen. Die Auffassung, daß die Ereignisse kurz vor Hirnerschütterungen oder bei epileptischen Anfällen u. dgl. noch nicht ausreichend fixiert sind und daher leichter vergessen werden, genügt nicht zum Verständnis, denn oft werden belanglose Ereignisse behalten, ernste vergessen.

Auch bei den Dämmerzuständen der Epileptiker ist das Verhalten der Erinnerung scheinbar ganz regellos. Ruhigen Dämmerzuständen folgt oft völlige, sinnlosen Verwirrtheitszuständen kaum angedeutete Amnesie; fast stets bleiben Erinnerungsinseln.

Ebensowenig ist die Entstehung der Amnesie bei Hysterie verständlich. Weder *Janets* „unvollkommene Wahrnehmung und Verschmelzung infolge Einengung des Bewußtseinsfeldes" noch *Ranschburgs* und *Najos'* „affektives Ich" genügen zur Erklärung.

Bei Delirium tremens ist eine völlige Amnesie oft auf eine Kom-



plikation mit Epilepsie zurückzuführen, aber auch hier finden wir überraschende Ausnahmen.

Es darf wohl als festgestellt betrachtet werden, daß Amnesie und Bewußtseinsstörung keine Parallelerscheinungen sind; wo Amnesie besteht, waren wohl tiefere Bewußtseinsstörungen, aber es tritt nicht unbedingt da, wo tiefere Bewußtseinsstörungen beobachtet werden, stets eine entsprechend große Erinnerungslosigkeit auf. Das eigentliche Wesen der Amnesie aber ist uns bisher immer noch unbekannt.

Müller-Waldbröl: Die Familienpflege in Waldbröl.

Eine Familienpflege Geisteskranker hat es natürlich zu allen Zeiten gegeben; wir kennen Beispiele hierfür aus dem Altertum, dem Mittelalter (*Gheel*) und der neueren Zeit. Diese Art der Verpflegung Kranksinniger ist jetzt über viele europäische Länder verbreitet; in Schottland besteht daneben keine Zentralanstalt. Auch in Großstädten wie London und Berlin hat sich die Pflege eingebürgert, in letzterer Stadt sowie in deren Umgebung sogar in größerem Umfang. Die älteste deutsche Familienpflege war die Stadtbremische, die ein Dr. *Engelken* Ende des 18. Jahrhunderts im Anschluß an seine Privatanstalt in Dörfern einrichtete. In Deutschland erreichte dieselbe 1906 die Gesamtzahl von 2400 Pfleglingen. Erhebliche Familienpflege haben folgende deutsche Anstalten: Gardelegen, Jerichow (Zentralanstalten für die Pflege), Herzberge, Wuhlgarten, Dalldorf; letztere Anstalt zählt am 1. April 1912 322 Pfleglinge, Dresden am 1. Januar 1912 74, Merxhausen am 1. September 1912 gegen 50 weibliche bei einem Gesamtbestand von etwa 800 w. Kranken = 6,25 %, Eichberg 102 (Bestand 757) = 13,5 %, Lengerich 161 (Bestand 755) = 21,3 %, Ilten 165 männliche (Bestand 746) = 22,1 %, Ellen am 1. Januar 1912 149 (Bestand 600) = 24,8 %, Bunzlau 62 (Bestand 776) = 8 %, Waldbröl 116, 39 M. und 77 W. (Bestand 705) = 16,4 %.

Hier befinden sich 11,4 % der männlichen und 21,2 % der weiblichen Kranken oder rund der 6. Kranke, der 9. Mann und die 5. Frau in Pflege.

Würde man die 7 während des Bestehens der Pflege (Dezember 1909 bis jetzt) entlassenen Kranken hinzurechnen, so erhielten wir als Verhältnis der Pfleglinge zum Bestand = 17,4 %, 13,2 % der Männer, 21,5 % der Frauen und schon den 8. Mann in Pflege. Die Kurve der Waldbröler Pflege zeigt das dauernde Ansteigen der Krankenzahl. Unter den entlassenen 7 Pfleglingen sind 6 Männer und 1 weibliche Kranke; 5 der Männer befinden sich in Stellung und verdienen sich ihr Brot; was aus dem 6. Mann geworden ist, ist hier nicht bekannt geworden. Das entlassene Fräulein arbeitet als Stütze. Gestorben sind 6 Pfleglinge, 5 weibliche und 1 männlicher Kranker. Entweichungen aus der Familienpflege sind 12 mal vorgekommen; die betreffenden Kranken sind sämtlich, mit einer Ausnahme, wieder nach kurzer Zeit in Pflege gegeben worden und haben sich gut gehalten. Ein Wechsel in der Familie mußte bei einer Anzahl von



fällen eintreten, um den Wünschen schwieriger Kranker gerecht zu werden. Nach den hier gemachten Erfahrungen kann nicht genug empfohlen werden, Querulanten, Hetzer und Nörgler in die Pflege zu bringen, wodurch man in gleichem Maße den Kranken und der Anstalt nützt. Unglücksfälle sind, solange die Pflege besteht, nicht vorgekommen.

Was die Diagnosen der Pfleglinge anlangt, so stellen auch bei uns die Dementia praecox-Kranken, sodann der angeborene Schwachsinn das Hauptkontingent. Auch zwei Manisch-depressive befinden sich zurzeit in Pflege. Epileptiker können nur dann in Pflege kommen, wenn sie ganz selten Anfälle (etwa 1 bis 2 im Jahr) haben. Paralysen sind ausgeschlossen. Kranke, die mit dem Strafgesetzbuch in Konflikt geraten sind, kommen, falls nicht besondere Bedenken vorliegen, in die Familie. Bei 4 Männern, 3 Dementia praecox-Fällen und 1 Idioten konnte ein deutlicher therapeutischer Erfolg festgestellt werden, desgleichen bei 8 Frauen, 7 Dementia praecox-Kranken und 1 Idiotin.

Die Pflegefamilien befinden sich zum größeren Teil auf dem Land, zum geringeren im Dorf Waldbröl; die meisten betreiben Landwirtschaft, andere gehören dem Beamten-, Kaufmanns- oder Handwerkerstande an. Das Pflegeelternmaterial ist gut. Die Nachfrage nach Familienpfleglingen übersteigt bei weitem das Angebot. Die Entfernung der in Betracht kommenden Dörfer von Waldbröl schwankt zwischen 1 und 9,7, der Durchschnitt beträgt etwa 4 km. Der Besuch der Pflege findet regelmäßig und möglichst oft statt. Die Ärzte besuchen wöchentlich die Kranken und bedienen sich bei den teilweise großen Entfernungen eines Automobils; ferner finden Besuche durch einen Oberpfleger, die Oberin und eine Pflegerin derart statt, daß 1, 2 auch 3 mal in der Woche unvermutete Besuche stattfinden. Ein Kontrollbuch wird bei jeder Visitation vorgelegt und enthält außer dem Datum des Besuchs Bemerkungen über das Inventar, ärztliche Verordnungen usw.

Gesichtspunkte bei den in Pflege zu gebenden Kranken:

1. Den Kranken durch Anpassung an von früher gewohnte Verhältnisse ein ihnen mehr zusagendes Heim zu geben, wodurch günstig auf den Gesundheitszustand eingewirkt und die Lust zur Arbeit geweckt wird.

2. Als Quarantänestation vor dem Austritt ins öffentliche Leben, namentlich geeignet für Imbezille und Alkoholiker sowie für solche Kranke, die als sogenannte Gemeingefährliche in die Anstalt gekommen sind. Die Kranken gewöhnen sich an regelmäßiges Arbeiten, erhalten leichter einen Dienst und können zeigen, daß sie sich beherrschen und für das Leben in der Außenwelt eignen.

3. Kosten im Durchschnitt inklusive Amortisation der Kleidung 90 Pf. pro Kopf und Tag, so daß der Anstalt bei einer Anzahl von 100 Kranken ein nicht zu verachtender Gewinn entsteht. Bei der Bezahlung ist die von den Kranken geleistete Arbeit maßgebend.

Die Familienpflege ist deshalb sehr bedeutend, weil Kranke durch dieselbe Besserung erfahren, bei denen eine solche durch die Anstalt nicht mehr zu erwarten war.

Hübner-Bonn: Über Triebe, Instinkte und impulsive Handlungen.

Wer die Literatur über diese drei Begriffe studiert, dem fällt zunächst auf, daß über ihre Abgrenzung vielfach Meinungsverschiedenheiten bestehen. Das Gemeinsame in allen drei Begriffen erblicken die Psychologen und Psychiater 1. in dem Vorhandensein einer Gefühls- und Affektlage, 2. in der Tendenz zur motorischen Entladung, 3. dem Fehlen eines Kampfes der Motive, 4. der bewußten oder unbewußten Erreichung eines bestimmten Zweckes. Dazu kommen im Laufe des Lebens einige weitere Eigenschaften, die Triebe werden modifizierbar, in bestimmten Lebensphasen sollen sie nach *James* schwinden und durch Gewohnheit gehemmt werden.

Vortr. versucht an der Hand der physiologischen und psychologischen Erfahrungen eine Einteilung. Er unterscheidet

1. Instinkte, d. h. motorische Reaktionen, die durch bestimmte Stoffwechselvorgänge im Körper ausgelöst werden (Nahrungs-, Geschlechtstrieb, Bruttrieb usw.). Er weist dabei auf die Versuche von *Steinach* (Zentralblatt für Physiologie 1910, S. 501—556) über den Umklammerungreflex des Froschmännchens besonders hin.

Das wesentliche an den Instinkten ist, daß sie nur dann in Wirksamkeit treten, wenn das entsprechende Nervenzentrum des Tieres sich in einem bestimmten Zustande der Erregbarkeit befindet (*A. Pütter*).

2. Die sogenannten Schutztriebe und die ihnen verwandten Erscheinungen sind nach den Untersuchungen von *Löb*, *Baglioni* und anderen komplizierte Reflexe.

3. Unterscheidet Referent sogenannte Charaktertriebe und

4. impulsive Handlungen.

Bei den zu drei Erwähnten ist das wesentliche die innere Anlage, die den Pat. immer wieder dazu bringt, sich in gleicher Weise zu betätigen.

Die impulsiven Handlungen wiederum sind das Produkt des Zufalls. Wenn bei ihnen die spezifische Reaktionsweise des Individuums zwar auch eine gewisse Rolle spielt, so fehlt ihnen doch die Tendenz zur Wiederholung.

Vortr. weist dann darauf hin, daß die Instinkte, Triebe und impulsiven Handlungen in dem Sinne, wie er sie abgegrenzt hat, auch in der Psychopathologie eine gewisse Rolle spielen. Er führt im einzelnen aus, daß namentlich bei Vergiftungen und Ausschaltungen des hemmenden Einflusses der Hirnrinde das Instinkt- und Triebleben ein besonders lebhaftes ist.

Schließlich bespricht er das impulsive Irresein an der Hand eines



Materials von 8 Fällen. Ein eigenes klinisches Krankheitsbild vermag er nicht anzuerkennen.

(Ausführlicher dargestellt im Lehrb. d. ger. Psych. 1913 *Marcus* und *Weber*-Bonn.)

Diskussion. — *Bickel*-Bonn weist darauf hin, daß bei dem Zustandekommen mancher impulsiver Handlungen, namentlich derjenigen, die scheinbar gänzlich unmotiviert keinem Affekt, keiner Wahnidee u. dgl. entspringen, offenbar zwei Faktoren eine besondere Rolle spielen: 1. eine gewisse Dissoziierbarkeit oder Dissoziation des Denkens und 2. eine bestimmte alternative Tendenz des Vorstellungsablaufes. Experimentell-psychologische Untersuchungen, die *Bickel* bei Gesunden anstellte, haben gezeigt, daß unter Umständen schon allein die Möglichkeit einer anderen Denk- oder Willensrichtung genügt, damit diese andere Denk- oder Willensrichtung tatsächlich eingeschlagen wird; logische Überlegungen können dabei vollständig fehlen, möglicherweise sogar unterdrückt werden. Vielleicht ist es erlaubt, diesen Satz umzukehren und zu sagen: Sobald kompliziertere logische Überlegungen fehlen, dann kommt, sofern der Vorstellungsablauf nicht perseveriert oder völlig sistiert, die Tendenz zur Alternation in ihrer einfachsten Form zur Geltung; d. h., es wird diejenige Vorstellung als dominierende Vorstellung assoziiert, die durch die jeweilige Konstellation gerade am nächsten liegt. Es ist nun zweifellos, daß der Vorstellungsablauf des Psychopathen nicht so fest gefügt, sondern labiler ist und mehr zur Dissoziation neigt, als der des Gesunden. Wenn nun eine gewisse Dissoziation besteht, dann wird nach dem Gesagten diejenige Vorstellung assoziiert, die gerade am nächsten liegt. Eine solche Vorstellung, die das ganze Bewußtsein ausfüllt, mag subjektiv dann auch wohl einem unbestimmten Drange gleichen. Als konkretes Beispiel wird ein psychopathischer Knabe genannt, welcher Fahrräder, die auf der Straße standen, bestieg und wegfuhr, um sie nach einiger Zeit an ihren Platz zurückzubringen. An die Wahrnehmung des Fahrrades knüpfte hier offenbar die nächstliegende Vorstellung an, daß man auf demselben fahren kann. Es ist kaum anders möglich, als daß hier eine gewisse Dissoziation des Denkens bestand, so daß Gegenvorstellungen nicht zur Geltung kamen, sondern jene Vorstellung sofort auch zur Tat wurde. In ähnlicher Weise mag auch bei dem unmotivierten Fortlaufen psychopathischer Kinder eine gewisse Dissoziation des Denkens bestehen; der Gedanke an die Möglichkeit des Fortlaufens dürfte auch normalerweise in der lebhaften Phantasie des Kindes oder im Anschluß an einen Affekt gelegentlich auftreten, hier wird er aber durch Gegenvorstellungen unterdrückt. Überhaupt sind impulsive Vorstellungen wahrscheinlich viel häufiger als impulsive Handlungen. Die genannte alternative oder oppositionelle Tendenz des Denkens zeigt sich vielleicht am charakteristischsten in dem Symptom des Vorbeiredens. Die Annahme einer gewissen Dissoziierbarkeit des Denkens bei Psychopathen erscheint



auch insofern gerechtfertigt, als bekanntlich bei den Krankheitsbildern der Hysterie und Epilepsie, die oft auf dem Boden der hereditären psychopathischen Belastung entstehen, noch viel tiefere Bewußtseinsstörungen vorkommen.

Hübner stimmt dem Vorredner bei. Auch er glaubt, daß bei manchen Psychopathen impulsive Handlungen auf diese Weise zustande kommen.

H. Bickel-Bonn: a) Sclerosis multiplex mit vorwiegend spinaler Lokalisation und positiver Wassermann-Reaktion.

Anamnese: Kassiererin, die im 31. Lebensjahr mit taubem Gefühl, Schmerzen und Schwäche zuerst im rechten, dann auch im linken Bein erkrankte. Zeitweise mußte sie angeblich beim Sprechen nach den Worten suchen, die Aussprache soll jedoch ungestört gewesen sein. Dazu kamen Schmerzen im Rücken, im rechten Arm und Kopfschmerzen, besonders nachts, außerdem Incontinentia urinae. Unter zunehmender Schwäche der Beine wurde das Gehen unmöglich. Alsbald stellte sich ferner ein krisenartiges Erbrechen, mit Übelkeit und Magenschmerzen, ein, so daß schließlich nach jeder Mahlzeit ein großer Teil der aufgenommenen Nahrung wieder erbrochen wurde. — 2 Jahre vor Beginn dieser Krankheit will Pat. unterleibskrank, sonst im allgemeinen gesund gewesen sein und sich normal entwickelt haben. Die Mutter, im Alter von 63 Jahren gestorben, soll Zittern in den Armen gehabt haben. Zwei Geschwister sollen nervös sein.

Befund: Bei der Aufnahme in die Klinik, Juni 1912, spastische Paraparese der Beine, rechts stärker als links, mit doppelseitigem Babinski. Motilität und Reflexe der Arme normal, kein Intentionszittern. Keine Muskelatrophien. Bauchdeckenreflexe fehlen. Hirnnerven, abgesehen von der Hautsensibilität des Gesichts (s. später), während der ganzen Zeit der Beobachtung normal, namentlich auch der Augenhintergrund. Ebenso kein oder nur leicht angedeuteter Nystagmus. Die Hautsensibilität verhielt sich sehr wechselnd. Konstant war nur der Befund einer gürtelförmigen Zone unterhalb der Mamillen; dieselbe verhielt sich dauernd für alle Empfindungsqualitäten normal. In dieser Zone wurde dauernd über heftigen Gürtelschmerz geklagt. Im übrigen bestanden halbseitige Sensibilitätsstörungen und wechselnde Sensibilitätsstörungen an einzelnen Extremitätenabschnitten von ausgesprochen hysteriformem Charakter. Zuletzt wurde, abgesehen von der gürtelförmigen Rumpfzone, am ganzen Körper, d. h. auch am Kopf, angeblich nur starker Druck wahrgenommen. Das Lagegefühl wurde ebenfalls nicht unterschieden. Zeitweise bot Pat. auch hysterische Anfälle dar.

Von der Lumbalpunktion wurde in Anbetracht des hinfälligen Befindens der Kranken Abstand genommen. Die Blutuntersuchung nach Wassermann fiel jedoch positiv aus. Infolgedessen Behandlung mit Queck-



silber, Jod und Salvarsan, jedoch ohne Erfolg. Auch das Erbrechen trotzte jeglicher Behandlung; das Probefrühstück ergab eine Gesamtazidität des Magensaftes von 35. Infolge des hartnäckigen Erbrechens trat schneller Kräfteverfall ein. Tod nach 4 ½ jähriger Krankheitsdauer, Dezember 1912.

Klinische Diagnose: Der positive Ausfall der Wassermannschen Reaktion, die spastische Paraparese der Beine und der Gürtelschmerz ließen an eine Meningomyelitis syphilitica im Bereich des Dorsalmarks denken. Auf diese Erkrankung des Dorsalmarks wurde auch das Fehlen der Bauchdeckenreflexe bezogen. — Für Multiplizität der Herde sprachen das krisenartige Erbrechen, sowie die Schmerzen im rechten Arm. Als zerebrales Herdsymptom konnte auch die vorübergehende angebliche Sprachstörung gedeutet werden, wenngleich die Angaben der Kranken wenig zuverlässig erschienen.

Das gesamte Krankheitsbild wurde als Lues spinalis bzw. cerebrospinalis aufgefaßt, wobei jedoch nach dem Gesagten sichere zerebrale Herdsymptome fehlten.

Sektionsbefund: Im Bereich des 3. bis 5. Zervikalsegments zeigt sich, wie Vortragender an Projektionen demonstriert, in Markscheidenpräparaten ein fast vollständiger Ausfall der beiden Hinterstränge und des rechten Seitenstranges; die Degeneration des letzteren, und zwar seiner Randpartie, ist auch in C 8 noch in großem Umfang zu sehen. Einige kleinere Herde finden sich im linken Seitenstrang. In der Höhe von D 3 bis D 11 sind, selbst an zahlreichen Präparaten, keine Markscheidenausfälle zu erkennen. Im 3. Lumbalsegment findet sich dagegen eine fast vollständige Degeneration beider Vorderstränge. Im linken Seitenstrang des Lumbalmarks sind kleinere Herde. — Die Herde sind im allgemeinen scharf umgrenzt.

An Gliapräparaten ist im Bereich der Herde eine starke Wucherung der faserigen Glia zu erkennen. In *Bielschowsky*-Präparaten zeigen sich die Achsenzylinder intakt.

Im Bereich des großen Herdes im Zervikalmark ist die Pia etwas verdickt, ebenso auch die Wände der Gefäße innerhalb des Herdes.

Neben den genannten Herden der Medulla spinalis finden sich noch ziemlich zahlreiche kleinere Herde in Medulla oblongata und Brücke. Im Gehirn zerstreut sind nur relativ wenige kleinere Herdchen zu erkennen. — Die Gefäße der Hirnbasis sind makroskopisch und mikroskopisch von normalem Befund. — Das anatomische Bild war somit das der multiplen Sklerose.

Vortr. geht auf die Frage ein, ob in dem vorliegenden Fall der Syphilis eine ätiologische Bedeutung zukommt. Von zahlreichen Autoren (*Strümpell*, *E. Müller* u. a.) wird ein derartiger Zusammenhang zwischen Lues und Sklerosis multiplex in Abrede gestellt. Auch in dem vorliegenden Fall bietet der anatomische Befund nichts für eine luische Erkrankung des Zentralnervensystems, sondern das charakteristische Bild der mul-



tiplen Sklerose dar. Die Erkrankung des Nervensystems ist daher auch hier nicht auf die gleichzeitig bestehende Syphilis zu beziehen; übrigens wurde vergeblich in den Herden nach Spirochäten gesucht.

Daß die gleichzeitig bestehende Hysterie sich nicht erst mit der organischen Erkrankung des Zentralnervensystems entwickelte, sondern schon vorher bestand, darauf schienen gewisse anamnestische Angaben hinzuweisen.

Der vorliegende Fall liefert somit ein Beispiel dafür, daß auch die Kenntnis der mannigfachen Verlaufsformen der multiplen Sklerose nicht immer vor Fehldiagnosen selbst in vorgeschrittenen Fällen schützt. Einen ähnlichen Fall, in welchem der positive Ausfall der Wassermannschen Reaktion zu der Fehldiagnose „syphilitische Querschnittsmyelitis" führte, erwähnt *Bing* (Neurol. Zentralbl. 1910, S. 721). Dieser Fall von *Bing* hat auch insofern Ähnlichkeit mit dem hier mitgeteilten, als auch dort eine ausgedehnte Sklerose des Halsmarks im Widerspruch zu dem Mangel klinisch nachweisbarer Störungen an den Armen stand. Möglich ist, daß in unserem Fall vielleicht der negative Ausfall der Wassermannschen Reaktion der Spinalflüssigkeit, auf deren quantitative Auswertung *Hauptmann* und *Nonne* zur Unterscheidung zwischen syphilogener Erkrankung des Zentralnervensystems und nichtsyphilogener Erkrankung desselben bei Syphilitischen großes Gewicht legen, Zweifel an der Diagnose hätte aufkommen lassen. Außer durch die positive Wassermannsche Reaktion war aber hier noch die Fehldiagnose bedingt durch den eigentümlichen Gürtelschmerz, durch die vorwiegend spinale Lokalisation des Leidens, sowie endlich durch das gleichzeitige Bestehen hysterischer Sensibilitätsstörungen, welche die organisch bedingten Sensibilitätsstörungen verschleierten.

b) Funikuläre Myelitis mit bulbären und polyneuritischen Symptomen. (Erscheint ausführlich im Archiv für Psychiatrie.)

Westphal und *Hübner*-Bonn: Über die Objektivierung von Bewegungen und sprachlichen Äußerungen zu klinischen und forensischen Zwecken.

Die Vortr. sind in den letzten Jahren der Frage nachgegangen, wie man Bewegungsstörungen und sprachliche Äußerungen objektiv in einer Weise festlegen kann, daß ihre Reproduktion jeder Zeit möglich ist.

Für die Bewegungsstörungen haben sie sich des *Ernemann*schen Kinematographen bedient und über ihre Erfahrungen auf dem Internationalen Kongreß für Psychiatrie in Berlin (1908) gemeinsam mit *Hermes* berichtet. Die kinematographische Aufnahme von Bewegungsstörungen hat den Vorzug, daß sie jeder Zeit zu Lehrzwecken zur Hand ist und den Vergleich der verschiedenen Arten von Bewegungsstörungen ermöglicht, außerdem unter Umständen auch die Berechnung der Exkursionsbreite der einzelnen Gliedmaßen gestattet. Die Bedeutung derartiger

ufnahmen liegt also nicht allein in der Möglichkeit, Demonstrations-aterial zu sammeln.

Neuerdings haben die Vortr. auch versucht, sprachliche .ußerungen mit Hilfe des Diktaphons aufzunehmen.

Mehr noch als das Kinematogramm ist diese Methode geeignet ie klinische Untersuchungstechnik zu vervollständigen.

Die Vortr. arbeiten mit Hilfe eines Doppelschlauchs, der an dem Diktaphon befestigt wird. Das eine Mundstück erhält der Pat., das andere ler explorierende Arzt. Es ist auf diese Weise, wenn der Pat. nicht Dialekt spricht oder sehr leise redet, möglich, den ganzen Gang der Unterredung :u fixieren.

Jedes Zögern des Kranken wird festgelegt, auch der Tonfall, in dem r spricht, kann jederzeit reproduziert werden. Es lassen sich bei Asso-iationsversuchen direkte Zeitmessungen anstellen.

Die Bedeutung dieser Versuche sehen die Vortr. 1. in der Möglichkeit, seltene sprachliche Äußerungen zu Lehrzwecken dauernd aufzunehmen; 2. da, wo es darauf ankommt, Angaben des Kranken möglichst genau festzulegen, kann mit Hilfe des Apparates viel besser, als durch steno-graphische Aufzeichnungen jede Einzelheit zur Darstellung gebracht werden, ein Umstand, der nicht allein bei psychiatrischen Explorationen, sondern möglicherweise auch in der Kriminalistik von Bedeutung sein kann.

Die Mängel der Methode bestehen gegenwärtig noch darin, daß Kranke, die sehr undeutlich sprechen, für solche Untersuchungen nicht geeignet sind. Ebenso ist es nicht immer möglich, Pat. die stark Dialekt sprechen, an diesem Apparat zu verwenden.

Die Vortr. demonstrieren das Diktaphon und einige Sprachstörungen (Silbenstolpern bei Paralyse; Wortsalat bei einem Katatoniker, einen Assoziationsversuch).

Umpfenbach.

XI. Jahresversammlung des Vereins bayerischer Psychiater in München am 27. und 28. Juni 1913.

Die Sitzungen finden in der psychiatrischen Universitätsklinik statt.

Den Vorsitz führen: *Vocke*-Eglfing und *Rehm*-Neufriedenheim.

Als Schriftführer fungieren: *Brandl*-Eglfing, *Isserlin*-München und *Seige*-Partenkirchen.

Anwesend sind die Herren: *Ast*-Haar, *Bausewein*-Ingolstadt, *Blachian*-Haar, *Bleser*-Bayreuth, *Blum*-München, *Brandl*-Eglfing, *Busch*-München, *Daiber*-Weinsberg, *Dannenberger*-Goddelau, *Dees*-Gabersee, *Dreschfeld*-München, *Eccard*-Frankental, *Edenhofer*-Kaufbeuren, *Einsle*-München, *Eisath*-Hall i. Tirol, *Esser*-München, *Faltlhauser*-Erlangen,





Feldkirchner-Regensburg, *Fischer*-Prag, *Fuchs*-Kaufbeuren, *Gamper*- Innsbruck, *Glas*-München, *von Gulat-Wellenburg*-München, *Gudden*-München, *Gütsch*-München, *Heckel*-Mainkofen, *Herfeldt*-Ansbach, *Hirt*-München, *von Hößlin*-Eglfing, *Hock*-Bayreuth, *Isserlin*-München, *Kahn*-München, *Kaplan*, *Karrer*-Klingenmünster, *Kaufmann*-Werneck, Frau Dr. *Klarfeld*-Lemberg, Herr Dr. *Klarfeld*-München, *Kleist*-Erlangen, *Köberlin*-Erlangen, *Kolb*-Erlangen, *Kraepelin*-München, Frl. *T. Kraepelin-München*, *Krapf*-Haar, *Lemberg*-Eglfing, *Lenhart*-Kaufbeuren, *Ludwig*-München, *Mager*-Gabersee, *Mayer*-Schwarzburg-Kronstadt, *Mayr*-Eglfing, *C. F. Müller*-Alsbach, *Müller*-Lohr, *Nenning*-Gabersee, *Oetter*-Kutzenberg, *Oßwald*-Gießen, *Pfeiffer*-Augsburg, *Plaut*-München *Pönitz*-München, *Polajnar*-München, *von Rad*-Nürnberg, *Ranke*-Obersendling, *Rehm*-Neufriedenheim, *Reichardt*-Würzburg, *Reiß*-Ansbach, *Reznicek*-Innsbruck, *Roeper*-Jena, *Roth*-Landau i. d. Pfalz, *Rüdin*-München, *Schapfl*-Gabersee, *von Schleiß*-Gabersee, *von Scherer*-München, *H. Schmid*-München, *Schnidtmann*-Haar, *Schrottenbach*-Graz, *Seige*-Partenkirchen, *Seißer*-Erlangen, *Sendtner*-Eglfing, *Serejsko* Warschau, *Serko*-Wien, *Sittig*-Prag, *Specht*-Erlangen, *Spielmeyer*-München, *Spieß*-München, *Stransky*-Wien, *Tesdorpf*-München, *Thiessen*-München, *Utz*-Ansbach, *van Velzen*-Joachimstal, *Vierzigmann*-Regensburg, *Vocke*-Eglfing, *Wacker*-München, *Waeber*-St. Petersburg, Frau Dr. *Weiler*-München, Herr Dr. *Weiler*-München, *Weinberger*-Gabersee, also 94 Teilnehmer.

1. Sitzung.

Vocke-Eglfing eröffnet die Versammlung, begrüßt die Anwesenden, insbesondere die auswärtigen Gäste und dankt dem Hausherrn *Kraepelin* im voraus für die dem Vereine schon so oft in der Klinik gewährte Gastfreundschaft.

Er gedenkt alsdann des vor kurzem verstorbenen Oberarztes Dr. *Wagner*-Bayreuth, welcher dem Vereine seit der Gründung angehörte. Die Versammlung ehrt sein Andenken durch Erheben von den Sitzen.

Die Herren *Alzheimer*-Breslau, *Fauser*-Stuttgart, *Mercklin*-Treptow, *Nißl*-Heidelberg, *Sommer*-Gießen und *Weygandt*-Hamburg sandten der Versammlung ihre Grüße und freundliche Wünsche.

Ausgeschieden sind außer Dr. *Wagner* 3 Mitglieder durch Wegzug, neuzugegangen 3, derzeitiger Stand: 98 Mitglieder.

Brandl-Eglfing erstattet sodann den Rechnungsbericht:

Einnahmen	521 M. 20 Pf.
Ausgaben	152 M. 66 Pf.
Vermögensbestand in bar	368 M. 54 Pf.
Vermögensbestand in Pfandbriefen	600 M.
Gesamtvermögen	968 M. 54 Pf.

Die Rechnung samt Belegen wird von *Kundt*-Deggendorf geprüft

d in Ordnung befunden, worauf dem Kassier Entlastung erteilt und · Dank des Vereines erstattet wird.

Der Jahresbeitrag wird auch für das kommende Jahr wieder auf M. festgesetzt.

Der Vorsitzende erstattet sodann den Geschäftsbericht.

1. Aus dem Einlauf ist hervorzuheben, daß sich in München ein ›rein zur Gründung und zum Betriebe von Heilerziehungsheimen für ›ychopathen und ein Wohlfahrtsverein für Hilfsschüler gebildet haben.

2. Die vorjährige Resolution wegen der Errichtung von Trinker-ylen wurde umgehend den beiden Ständekammern und dem K. Staats-inisterium des Innern übermittelt, vom Bureau der Kammer der Ab-ordneten lief jedoch unterm 2. 7. 1912 bereits die Mitteilung ein, daß › Petition wegen verspäteten Einlaufens unberücksichtigt bleiben mußte.

3. Die vorjährigen Verhandlungen über die psychiatrische Jugend-rsorge wurden dem K. Staatsministerium des Innern und den acht reisregierungen übermittelt. Den Bestrebungen unseres Vereins stehen ils Mangel an Mitteln des Staates, teils auseinandergehende Bestrebungen ›nfessioneller Körperschaften entgegen, allein Fortschritte auf dem ›biete der Zwangserziehung im Sinne unserer Beschlüsse sind teils reits angebahnt, teils in nahe Aussicht genommen.

Alle geistig irgendwie suspekten Jugendlichen, welche in Zwangs-ziehung stehen, oder gegen welche diese in Aussicht genommen ist, sollen ünftig in den drei Kliniken oder in Haar oder Frankenthal psychiatrisch eobachtet und begutachtet werden. In der Pfalz steht die Errichtung iner neuen Staatszwangserziehungsanstalt in Aussicht, bei deren Bau uf die Anlage einer Sonderabteilung Rücksicht genommen werden kann. ine solche Sonderabteilung wird privatim in Neudettelsau bei der dortigen wangserziehungsanstalt für evangelische Mädchen errichtet.

4. In Sachen einer neuen Statistik für die Irrenanstalten hat der eutsche Verein für Psychiatrie in seiner diesjährigen Tagung zu Breslau if Antrag der statistischen Kommission beschlossen, das von der Kom-ission ausgearbeitete neue Schema der Einteilung der Geisteskrankheiten lle vorläufig in einigen Bundesstaaten und Provinzen angewendet und f Grund der damit gemachten Erfahrungen nach 2—3 Jahren wieder raten werden. Erst dann soll an die Reichsbehörden wegen Änderung r Zählkarte überhaupt herangetreten werden.

Nachdem der Verein bayerischer Psychiater den Anstoß zu einer nderung der Statistik gegeben hat, ist es für seine Mitglieder ein nobile fficium an der Erprobung des neuen Diagnoseschemas in erster Linie itzuarbeiten. Das Schema wurde vervielfältigt und den Versammlungs-ilnehmern zur Verfügung gestellt.

Der Vorsitzende beantragt nach Kenntnisnahme des Schemas und rsönlichem Meinungsaustausch in der Zwischenzeit in der morgigen schäftssitzung zu beschließen:



„Der Verein beauftragt den Vorstand, beim K. Staatsministerium des Innern zu erwirken, daß vom Jahre 1914 an unter vorläufiger Beibehaltung der bisherigen Zählkarten das neue Krankheitsschema von allen öffentlichen bayerischen Anstalten zunächst versuchweise in Gebrauch genommen wird."

Dieser Antrag wurde in der 3. Sitzung **einstimmig** und debattelos angenommen.

Hierauf erstatten die Herren *von Hößlin*-Eglfing und *Stransky*-Wien das **Referat**: Die paranoiden Erkrankungen.

Die Referate erscheinen in extenso in der Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie.

Es folgt der Vortrag *Plaut*-München: Über Halluzinosen der Syphilitiker. (Als Monographie erschienen im Verlage von J. Springer in Berlin.)

Wegen der vorgerückten Zeit wird die Diskussion über die Referate und diesen Vortrag auf die 2. Sitzung verschoben. *Kraepelin*-München demonstriert vor der Mittagspause noch einen Fall von Paraphrenia confabulatoria.

2. Sitzung.

Diskussion zu den Referaten und zum Vortrag *Plaut*:

Kraepelin-München stimmt Herrn *von Hößlin* darin bei, daß für die Lösung der besprochenen Fragen vor allem lange Beobachtungszeiten nötig sind, und daß daher die heutigen Versuche immer nur provisorische sein können. Die echte Paranoia ist nur für den Irrenarzt, nicht aber in der Welt eine seltene Krankheit; die Kranken erhalten sich so sehr ihre Anpassungsfähigkeit an das Leben, daß sie immer nur vorübergehend in die Irrenanstalt kommen. Bei ihnen handelt es sich, wie es scheint, um die krankhafte Reaktion abnormer Persönlichkeiten auf die Lebensreize, die wohl zum Teil auf einen gewissen Infantilismus des Denkens, auf Denkgewohnheiten zurückzuführen sind, die wir in ähnlicher Weise bei Kindern und primitiven Völkerschaften antreffen. Dem gegenüber sehen wir bei den Prozeßkrämern, ähnlich bei gewissen Haftpsychosen, bei den Rentenquerulanten psychogene Erkrankungen im Anschlusse an einzelne ganz bestimmte einschneidende Lebensereignisse auftreten. Als akute Paranoia könnten allenfalls die abortiven Fälle echt paranoischer Wahnbildung bezeichnet werden, die bei paranoisch veranlagten Persönlichkeiten unter dem Einflusse vorübergehender gemütlicher Erregungen auftreten und mit ihnen wieder verschwinden können. Die paraphrenischen Erkrankungen sind demgegenüber offenbar der Ausdruck von Krankheitsprozessen und demgemäß von der echten Paranoia grundsätzlich abzutrennen. Ob sie sich von der Dementia praecox vollständig scheiden



lassen, muß die Zukunft lehren. Ob Morphium, Blei und Nikotin paranoide Erkrankungen erzeugen können, erscheint mir zweifelhaft.

Serko-Wien: 1. Es gibt Kranke mit abenteuerlichsten und unsinnigsten Wahnideen und reichlichen haptischen, optischen und akustischen Halluzinationen ohne alle schizophrene Erscheinungen, die sich in der Freiheit bewegen und durch berufliche Arbeit ihren Lebensunterhalt verdienen. Andererseits gibt es Fälle mit ähnlichen Wahnideen und Halluzinationen mit deutlichen schizophrenen Erscheinungen und fast katatonem Persönlichkeitszerfall. Rechnet man diese letzteren Fälle zur Dementia phantastica, so müssen die ersteren davon abgetrennt, eventuell außerhalb der Paraphreniegruppe gestellt werden.

2. Es scheint, daß bei Lues cerebri auch exquisit systematisierende Wahnbildungen vorkommen, wie ein Fall lehrt, der sich vor einigen Jahren in der Münchener Irrenanstalt befand, und bei dem es sich um Lues cerebri handelte.

3. Konfabulationen, auch wenn sie ausschließlich das Krankheitsbild beherrschen, sind nicht charakteristisch für Paraphrenia confabulans, da sie auch bei anderen Psychosen, so z. B. Dementia praecox vorkommen.

Dees-Gabersee: Der Kranke Kaspar Schuster machte allerdings, als er in Gabersee ankam, den Eindruck tiefer Verblödung. Aber er wurde unter Anhaltung zur Beschäftigung bald munterer und gelangte nach etwa einem Jahr „geheilt" zur Entlassung nach München, wo er sich jetzt wohl noch aufhält und kaum den Eindruck eines Geisteskranken machen dürfte, wenigstens nicht bei oberflächlicher Betrachtung.

Kraepelin-München: In dem von *Serko* angeführten Falle von Paranoia bei Hirnlues sind mir von *Nissl* ernste Zweifel geäußert worden, ob nicht die Präparate verwechselt worden seien. Erinnerungsfälschungen kommen ohne Zweifel bei sehr vielen Erkrankungen, insbesondere auch bei der Dementia praecox vor. Dennoch bieten die konfabulierenden Formen der Paraphrenie im ganzen ein so eigenartiges Bild dar, daß mir ihre Abgrenzung vorläufig gerechtfertigt erscheint. Daß in der Gruppe der phantastischen Paraphrenie möglicherweise noch ganz verschiedene Bestandteile stecken, kann gewiß zugegeben werden. Da wir aber heute noch nicht wissen, auf was es für die Gruppierung eigentlich ankommt, wird sich eine sichere Entscheidung über diese Frage zurzeit schwerlich treffen lassen.

Specht-Erlangen: Die beiden ausführlichen und vortrefflichen Referate haben auch meiner mehrmals gedacht, teils zustimmend, teils ablehnend. Ich finde nach dem Gehörten keinen Anlaß, an dem, was ich in der Paranoiafrage veröffentlicht habe, wesentliche Änderungen vorzunehmen. Die Anschauungen über Paranoia drehen sich ja neuerdings wieder mit Windeseile, und ich möchte dringend empfehlen, weiterhin nur ganz gründlich durchgereifte Anschauungen und Beobachtungen



zu veröffentlichen, sonst wird das Thema Paranoia immer unerquicklicher. Wir sind ja trotz allem entschieden vorwärts gekommen in der Vertiefung der Probleme und Sonderung der klinischen Erfahrung; für die Zukunft ist es, wie gesagt, wünschenswert, nur die in jahrelanger Beobachtung und Durcharbeitung gewonnenen Resultate sprechen zu lassen und nicht die, wenn auch noch so geistreichen, Einfälle.

Kleist-Erlangen hält gegenüber Herrn *von Hößlin* an dem von ihm aufgestellten Begriffe der Involutionsparanoia fest und entwickelt in Kürze die Hauptzüge dieser Erkrankung, die nach der Überzeugung *K.*s keine Defektpsychose irgendwelcher Art ist, aber auch nicht in *Kraepelin*s Paraphrenien eingereiht werden kann.

Seige-Partenkirchen bemerkt, daß ähnliche akute, kurz dauernde Fälle, wie die von *Plaut* erwähnten, seit *Heubner* öfter beschrieben sind; sie kommen wahrscheinlich viel öfter vor, als im allgemeinen angenommen wird; sie sind jedoch gewöhnlich in Behandlung des Dermatologen und nicht des Psychiaters.

Plaut-München (Schlußwort): Die halluzinierenden bzw. paranoiden Formen der Hirnsyphilis stellen ein altes und häufig diskutiertes Problem dar; es lag mir daher völlig fern, behaupten zu wollen, daß ich, wie das Herr *Seige* aufgefaßt zu haben scheint, mit meinen Darlegungen ein völlig neues Gebiet eröffnet habe. Wesentlich erscheint mir hingegen, daß die von mir zusammengestellten Fälle mit den neuen Untersuchungsmethoden erforscht sind, die uns überhaupt erst in den Stand setzen über Wahrscheinlichkeitsdiagnosen hinauszukommen.

Fälle von Hirnsyphilis mit systematisierendem Aufbau der Wahnbildungen habe ich nicht beobachtet, und ich glaube: je mehr die halluzinatorischen Elemente zurücktreten und die paranoide Ausgestaltung entwickelt ist, desto unwahrscheinlicher wird die syphilitische Ätiologie.

von Hößlin-Eglfing (Schlußwort) spricht zunächst seinen Dank aus für die freundliche Aufnahme des Vortrages und betont nochmals die außerordentlichen Schwierigkeiten, welche sich bei dem Versuche einer strengen Gruppierung der verschiedenen „Paranoia"formen ergeben. Die Diskussion hat gezeigt, daß auch jetzt eine gegenseitige Verständigung noch keineswegs erreicht scheint, und daß sich die subjektiven Anschauungen in manchen Punkten schroff gegenüberstehen, zwischen denen ein Kompromiß nicht möglich ist. Einen Erfolg wird man sich aber unter allen Umständen von der ausführlichen Mitteilung möglichst zahlreicher über Jahrzehnte sich erstreckenden Beobachtungen versprechen dürfen, wozu sich in erster Linie das Material großer Anstalten eignet.

Stransky-Wien (Schlußwort) spricht der Versammlung gleich *von Hößlin* den Dank für die ihm geschenkte Aufmerksamkeit aus. Er meint, zu den Ausführungen *Kraepelin*s übergehend, daß ihm der Unterschied zwischen Paranoia und Paraphrenie trotz aller von jenem hervorgehobenen, übrigens doch auch nicht so absolut zu nehmenden Differenzen doch nur

graduell scheine. *Kraepelin* hebe in sehr glücklicher Weise gewisse Eigenheiten seiner Paranoiker hervor, ob aber solche infantilistische Züge gerade nur diesen anhaften und für sie charakteristisch seien, sei doch die Frage; vielmehr scheint *Str.* das psychologisch und affektiv Wesentliche der Paranoia auf anderem Gebiete zu liegen. *Str.* bedauert, daß er über diese Dinge, da er sein Referat wegen zeitlicher Beschränkung nur gekürzt vortragen konnte, nicht mehr habe ausführen können, und verweist auf seine ausführliche Publikation. *Kleists* Involutionsparanoia hat *Str.* nicht leugnen wollen, er hat nur gemeint, sie stehe der Paraphrenie und damit nach *Str.*s Auffassung der Paranoiagruppe überhaupt sehr nahe.

Sodann wird in die Reihe der Vorträge eingetreten.

Reichardt-Würzburg: Die Störungen der Körpertemperatur und der vasomotorisch-trophischen Funktionen bei Hirnkrankheiten.

Die Frage, ob es zerebrospinal verursachte Störungen der Körpertemperatur und der vasomotorisch-trophischen Funktionen gibt, wird bejaht. Die Körpertemperatur wird wahrscheinlich von verschiedenen Stellen des Gehirnes und Rückenmarkes aus beeinflußt. Und zwar kommen in Betracht das Zwischenhirn, das Rautenhirn und das obere Halsmark. Möglicherweise besteht ferner auch ein Zusammenhang zwischen der Liquorströmung und der Körpertemperatur. Bei Hirnkranken, welche nach starken zerebralen Temperaturanomalien sterben, finden sich auffallend häufig auch starke Liquorvermehrungen. Die Annahme, daß bei der progressiven Paralyse die Temperatursteigerungen Folge seien einer Resorption von Zerfallstoffen, läßt sich zurzeit nicht stützen. In dem gewöhnlichen paralytischen Marasmus fehlen Hypothermien so gut wie stets. Letztere treten dagegen, wenn sie sich überhaupt zeigen, vor allem auf entweder bei Paralyse mit reiner Tabes oder bei Paralyse mit katatonischen Symptomen. Die leichten Temperatursteigerungen zu Beginn der Katatonie sind höchstwahrscheinlich nicht infektiös verursacht, sondern ebenfalls echte zerebrale Hyperthermien. Wenn bei Katatonie auch Hypothermien auftreten, so genügt zu deren Erklärung die Regunglosigkeit der Kranken nicht. Auch in der Psychiatrie kommen echte trophische Störungen der Haut vor. *Gudden* selbst hat ausdrücklich anerkannt, daß Hautzerstörungen auch bei der besten Krankenpflege sich nicht stets vermeiden lassen. Die trophischen Hautstörungen können auch initial auftreten und finden sich vor allem bei den spastischen und den Mästungsparalysen, während die trophischen Veränderungen in den Knochen sich fast nur bei der reinen Tabes und der tabischen Paralyse finden. Die Knochenveränderungen befallen häufig das ganze Skelett. Sie sind, ebenso wie die Optikusatrophie, sehr oft Initialsymptome, während andererseits auch eine sehr lange



Dauer und ein hochgradiger Marasmus bei Paralyse an sich niemals zur Osteoporose führt. Ebenso wie die genuine Optikusatrophie sind auch die trophischen Knochenveränderungen bei Paralyse ganz unverhältnismäßig viel seltener als bei Tabes ohne Paralyse. Die neuerdings geäußerte Annahme (*Stargardt*), daß die tabischen Knochenveränderungen und auch die tabische Optikusatrophie lediglich luische Veränderungen und gar keine trophischen Störungen seien, ist unhaltbar, weil durch eine solche Annahme nicht erklärt wird, warum die trophischen Knochen- und Gelenkveränderungen und ebenso auch die genuine Sehnervenatrophie fast nur bei Tabes vorkommt (und bei tabischer Paralyse), dagegen niemals bei anderen syphilitischen Erkrankungen. Ein einfaches Mittel, bei jeder Sektion sich einigermaßen über den Zustand der Knochen zu orientieren, ist die Untersuchung der Schädeldachknochen auf ihr spezifisches Gewicht. — Die Störungen der Körpertemperatur und der vasomotorisch-trophischen Funktionen bei den sogenannten Neurosen, speziell der Hysterie, sind in dem Sinne zu erklären, daß bei derartigen Kranken die betreffenden vegetativen (peripheren oder zentralen) Apparate in selbständiger Weise besonders labil oder reizbar sind oder zu Erkrankungen neigen. Eine eigentliche Abhängigkeit der genannten vegetativen Störungen von psychischen Vorgängen liegt nicht vor. Höchstens kann, bei vorhandener Disposition der betreffenden vegetativen Apparate, ein psychischer Vorgang (Affekt) zur auslösenden Gelegenheitsursache der vasomotorisch-trophischen Störung werden. Ähnliches ist zu sagen von den vasomotorisch-trophischen Veränderungen in der Hypnose. Die ausführliche Veröffentlichung erfolgt in den Arbeiten aus der Würzburger psychiatrischen Klinik (Jena, Gustav Fischer, 1913. Heft 8).

Diskussion. — *Fischer*-Prag stimmt mit dem Vortrag insofern überein, als er meint, daß es nicht richtig ist, wenn man alle nekrobiotischen Vorgänge der Haut speziell bei Paralytikern immer nur auf traumatische Einflüsse beziehen will. *F.* begründet dies mit einigen selbstbeobachteten Beispielen von Paralysen, als Entwicklung eines Othämatoms in direktem Anschluß an einen Herpes zoster der Ohrgegend, symmetrisch auftretende und sich wiederholende bullöse Hautablösungen und akuter Dekubitus bei einem nicht liegenden und nicht sehr weit vorgeschrittenen Paralytiker in der Hautzone zweier Sakralsegmente.

Allers-München bemerkt, daß die Annahme „innerer", d. h. innerhalb der nervösen Zentralorgane sich abspielender Prozesse als Ursache der Temperatursteigerungen usw. noch nicht zwingend erscheine, weil möglicherweise auch extranervöse Vorgänge im Spiele sein könnten. Ferner, daß die Koïnzidenz von Tabes und trophischen Störungen noch nicht eine kausale Verknüpfung bedeute, weil man sich vorstellen könne, daß Organveränderungen und Zentralerkrankung koordinierte Störungen und der gleichen Ursache entsprungen sein könnten, Reaktionen einer bestimmten, zur Tabes disponierten Konstitution auf die betreffende Noxe,



ımal auf dem Gebiete des Zentralnervensystems, einmal auf dem anderer gane.

Kundt-Deggendorf erwähnt den Fall einer paralytischen Frau, dem die Störung der trophischen Funktionen Schwierigkeiten bei der rensen Beurteilung der ihr zugefügten Verbrühung bot.

Eccard-Frankenthal bemerkt, daß ein Teil der sogenannten tropho- eurotischen Störungen, besonders die plötzlichen, schweren, wie sie auch ei bester Pflege mitunter aufzutreten pflegen, doch wohl auf arterio- klerotische Ursachen zurückzuführen sind; man findet auch in diesen 'ällen mehr weniger stärkere Arteriosklerose, z. B. die Stammarterien, ie Aorta usw.

Reichardt-Würzburg (Schlußwort): Daß nicht jede sogenannte rophische Hautstörung Folge der Zentralerkrankung ist, ist sehr zu berücksichtigen. Auch daran ist zu denken, daß z. B. eine komplizierende periphere Neuritis die Ursache der Hautveränderung ist. Der von Herrn Dr. *Allers* vertretene Standpunkt ist derjenige der Stoffwechselpathologie. Wenn man aber die körperlichen Veränderungen (Körpergewicht, Tem- peratur, trophische Funktionen) auch bei den reinen Hirnkrankheiten und Rückenmarkskrankheiten der Neurologie berücksichtigt, die denen bei den psychisch Kranken oft überraschend gleichen, so muß es als zurzeit überwiegend wahrscheinlich bezeichnet werden, daß auch das Gros der psychiatrischen Kranken primäre Hirnkrankheiten sind und nicht primäre Stoffwechselstörungen. Das Zusammentreffen von Tabes und Osteo- porose ist zu erklären durch Annahme einer Erkrankung bestimmter Rautenhirngegenden.

van Velzen-Joachimsthal: Über das Gedächtnis.

Es war mir angenehm zu wissen, daß ich in dieser Versammlung einen Vortrag halten darf über das Gedächtnis. Der Vortrag wird nur sehr kurz sein.

Als vor hundert Jahren Goethe sagte, daß es männliche und weib- liche Pflanzen gebe, da wurde er so drangsaliert, daß er diese Idee revo- zierte.

Noch unglücklicher würde der sein, der uns auf Grund logischer Schlüsse belehren würde über das Gedächtnis.

Warum weiß die Menschheit noch nicht, was das Gedächtnis ist? Weil es zuviel Vierteldenker und zu wenig Denker gibt.

Der eine hält das Gedächtnis für eine Funktion, der andere für materiell. Da eine Funktion schließlich Bewegung ist, so ist der Unter- schied ebenso groß, wie zwischen einem Quadrat und einer Kartoffel.

E. Hering schrieb: „Über das Gedächtnis als einer allgemeinen Funktion der organisierten Materie."

Nach *Anton* besteht das Gedächtnis aus Sinnesgebieten.



Bei *Hering* ist aber das Gedächtnis Bewegung, bei *Anton* materiell, denn Gebiete sind materiell.

Ist das Gedächtnis materiell, so muß es einen Inhalt haben und einen Raum einnehmen, kurz und gut, es muß eine Form haben.

Da das Gedächtnis dazu dient, Vorstellungen aufzubewahren, so muß es natürlich materiell sein. Das Gedächtnis ist wesentlich und unveränderlich.

Es ist durchaus richtig, was Augustinus lehrte: „Das Gedächtnis hat Länge, Breite und Tiefe."

Aber nicht nur das Gedächtnis ist wesentlich, sondern auch die Vorstellungen.

Mein Vater hat nun bewiesen, daß das Gedächtnis sphärisch ist. Ein Grund für diese Idee ist die hemisphärische Form des Himmelsbogens. Was ist dieser Himmelsbogen? Sehbilder gehören zu unserem Gedächtnisse. Denn sie bleiben bewahrt. Die äußerste Form dieser Sehbilder ist der Himmelsbogen. Also ist der Himmelsbogen die äußerste Form eines Teiles unseres Gedächtnisses, die Grenze eines Teiles unseres geistigen Wesens.

Das Gedächtnis empfängt nun Millionen sinnliche Bilder. Diese bleiben längere oder kürzere Zeit bewahrt. Und zwar im Gedächtnis. Das Gedächtnis ist der Ort, der die wesentlichen Vorstellungen bewahrt.

Auch scheinbar verloren gegangene Bilder haften noch im Gedächtnis.

Der Geist, unser Ich, ist das Aktive in uns, dasjenige, was fühlt, denkt, will und sich bewußt ist.

Wenn wir vom Gedächtnis sprechen, so denken wir auch an eine wichtige Eigenschaft des Gedächtnisses: das Vergessen.

Alle Bilder im Gedächtnisse bewegen sich, wie alle Körper. Es gibt nur Corpora in motu. Damit erklären wir das Vergessen. Die Vorstellungen, womit der Geist sich beschäftigt, haften länger, oft ewig; diejenigen, womit er sich wenig beschäftigt oder auch gar nicht, verschwinden wieder aus dem Gedächtnisse.

In neuerer Zeit hat man experimentelle Untersuchungen über das Gedächtnis gemacht. Bei diesen Untersuchungen darf man die Geistesfähigkeiten nicht vergessen.

Die Sprache redet so genau von der „Oberfläche des Gedächtnisses" und von „tief in das Gedächtnis eingeprägt".

Die Römer drückten sich prophetisch aus, wenn sie sagen: „Die Vorstellungen (Proposita) objacent spiritui." Die Vorstellungen liegen dem Geiste gegenüber. Das ist nach meiner Meinung im eigentlichen Sinne wahr.

Wundt meint dagegen: „Ein Gedächtnis vor dem Vorrat, den es aufbewahrt, gibt es nicht."

Auch sagt *Wundt*: „Wir verstehen unter dem Gedächtnis die Fähig-

keit, Vorstellungen, die den allgemeinen Charakter der Erinnerungsbilder besitzen, als Zeichen zu betrachten, die auf früher gehabte Vorstellungen, insbesondere Sinneswahrnehmungen, hinweisen. In der Regel verwechselt man hierbei das Zeichen mit der Sache und betrachtet die Erinnerungsbilder als mehr oder weniger unverändert oder höchstens in ihrer Stärke und Klarheit als abgeschwächte Wiederholungen der ursprünglichen Vorstellungen."

Wahrheit ist nach *Wundt*, daß sich „mit dem Erinnerungsbild irgendeine Beziehung auf die frühere Vorstellung im Bewußtsein verbindet".

Nun ist es meiner Ansicht nach verkehrt, das Gedächtnis eine Fähigkeit zu nennen. Unsere Bilder bleiben bewahrt. Es muß also etwas da sein, das sie bewahrt. Wie kann aber eine Fähigkeit so etwas leisten? Die Fähigkeit zu bewahren, ist doch kein Bewahrplatz. Auch die Auffassung des Bewußtseins ist ungenau.

Erinnerungsbilder sind Bilder, die mit Vorstellungen oder Bildern vergangener Zeit und mit Vorstellungen von Geistesfähigkeiten, also auch mit der Vorstellung des Bewußtseins im Gedächtnisse gepaart anwesend sind. Mit diesen Vorstellungen sind wieder andere im Gedächtnisse verbunden, auch Vorstellungen, die von den Sinnen abstammen, und dadurch kommt es, daß, wenn wir uns des einen aus der Vergangenheit bewußt sind, wir uns auch des anderen erinnern.

Wo liegt nun das Gedächtnis? In der Hirnrinde? Nein. Professor *Rothmann* exstirpierte einem Hunde das ganze Gehirn, nur basale Teile blieben zurück. Der Hund lebte viele, viele Monate. Zum Leben ist aber das Gedächtnis nötig. Also kann hier in der Rinde das Gedächtnis nicht liegen. Es liegt nach meiner Meinung in den basalen Teilen des Gehirns. Die Rinde dient mehr der Motilität.

Unser Gedächtnis ist unveränderlich. Es ändern sich nur die Vorstellungen. Ich habe das anderswo gezeigt.

Wie der Bergstrom durch die Felsenklippe in Staub zerstiebt, ohne daß die Klippe dem Anscheine nach sich auch nur einigermaßen ändert, so und noch viel mehr geht die ganze Welt der vergänglichen Erscheinungen an unserem Ich und seinem Gedächtnis vorüber, ohne sie wesentlich zu ändern.

Keine Diskussion.

Kleist-Erlangen: Über Sprachstörungen bei Geisteskranken.

Störungen der Sprache betreffen bald den Antrieb zum Sprechen, bald die Gebilde der Sprache selbst. In einem Falle handelt es sich um Mutazismus oder Sprechdrang, im anderen Falle ist die Bildung, Erweckung oder Wahl der Worte oder der mehrwörtlichen Ausdrucksweisen oder die Auffassung der Wortklänge gestört. Die sog. aphasischen Erscheinungen



gehören zum größten Teil zu den Störungen an den sprachlichen Gebilden.

Während die Störungen des Sprechantriebes (Mutazismus, Sprechdrang) bei Geisteskranken vielfach studiert wurden, sind unsere Kenntnisse über Erscheinungen und Wesen der Störungen an den Sprachgebilden bei Geisteskranken sehr unvollkommen. Es fragt sich vor allem, ob die hierhin gehörenden Störungen bei Geisteskranken — die Technizismen, die Wortneubildungen, die sprachlichen Manieren und Stereotypien, die Störungen des Satzbaus u. a. — in den von den Herderkrankungen des Gehirns bekannten Störungen aufgehen, oder ob sie diesen gegenüber besondere Arten von Störungen an den Sprachgebilden darstellen.

1. Störungen im Lautgefüge einzelner Worte: z. B. kotuliert = gratuliert, ein Korplio = eine Karaffe, umfein = umgefallen, kistelo = Schere (französisch ciseaux).

Neben solchen als Verunstaltungen von Worten erkennbaren Sprachgebilden kommen unentwirrbare „neugebildete" Lautzusammensetzungen vor, eine besondere Art von Wortneubildungen: z. B. lasaki, halmansisch. Bei dieser Art von Sprachstörung handelt es sich zweifellos um Paraphasien (sog. literale Paraphasie) wie bei Herderkrankungen des linken Schläfelappens. Erscheinungen von Worttaubheit konnten übrigens hier wie überhaupt nie nachgewiesen werden.

2. Störungen der Wortwahl.

Die Kranken fallen dadurch auf, daß sie richtig gebildete Worte in einem schiefen, zum mindestens übertragenen Sinne zur Bezeichnung wahnhafter Vorstellungen verwenden. Die genauere Untersuchung zeigt, daß dies nur die Teilerscheinung einer allgemeineren Störung der Wortwahl ist. Eine Kranke mit religiösen Wahnvorstellungen nennt die Stimme ihres Gewissens das „Fünklein" und verwendet den Terminus „bauen" im Sinne jeglicher nutzbringenden, insbesondere gottgefälligen Tätigkeit. Sie sagt aber auch — ganz unabhängig von ihren Wahnvorstellungen: der Kaffee lauft nicht = der Kaffee reicht nicht; Ich soll mir die Sachen nicht süß vorkommen lassen = ... nicht leicht vorstellen; blitzen = schimpfen.

Die Fehlgriffe in der Wortwahl finden sich bei dieser Störung fast ausschließlich bei abstrakten Begriffen und Allgemeinvorstellungen, fast nie bei konkreten Vorstellungen und nie bei Eigennamen. Die Fehlgriffe gehen einher mit einer Einschränkung des verfügbaren Wortschatzes. Die noch erweckbaren Worte werden nicht nur in ihrem eigenen richtigen Sinne, sondern auch in erweitertem und übertragenem Sinne gebraucht (Bedeutungserweiterung).

Die Störung ist daher weniger der bei temporalen Herden beobachteten Wortfindungsstörung (Wortamnesie, verbale Paraphasie) verwandt, als der Einschränkung des verfügbaren Wortschatzes bei partiellen



bzw. rückgebildeten motorischen Aphasien, bei denen die Einschränkung nur regelmäßig eine viel stärkere ist (Beschränkung des Sprechvermögens auf einzelne Worte oder Wendungen).

3. Die sprachlichen Manieren und Stereotypien (Verbigeration).

Vortr. versteht hierunter nur das zwangsmäßige — oder doch nicht eigens beabsichtigte — Aussprechen gewisser Laute, Worte oder Wendungen, die sich besonders gern als Mitbewegungen beim Aussprechen anderer Worte dem Kranken auf die Lippen drängen. Die rhythmische Wiederholung derartiger Sprachäußerungen ist die sogenannte Verbigeration, die nicht auf einer Steigerung von Sprechantrieben, sondern auf einer krankhaften Übererregbarkeit einzelner Sprachgebilde beruht.

Ähnliche Erscheinungen wie die Sprachmanieren sind die sprachlichen Mitbewegungen, die sich bei manchen motorischen Aphasien finden.

4. Störungen des mehrwörtlichen sprachlichen Ausdrucks.

Hier lassen sich agrammatische und paragrammatische Störungen unterscheiden. Seltener kommt ausgesprochener Agrammatismus (Depeschenstiel) vor, um so häufiger sind Erscheinungen von unvollkommenem Agrammatismus. Derselbe äußert sich in einer Vereinfachung des Ausdrucks unter Weglassung kleiner Satzteile, in der Neigung, ganze Vorstellungsgefüge durch Einzelworte auszudrücken, in der Substantivierung und in der Wortzusammensetzung. So wird der Agrammatismus zur Quelle einer besonderen Art von Wortneubildungen, der neugebildeten Wortzusammensetzungen (z. B. Darmentleerungsappetitverdauungsessen = ein appetitanregendes und die Darmtätigkeit und Verdauung beförderndes Essen). Agrammatische Störungen treten regelmäßig bei schriftlichem Ausdruck stärker hervor als bei mündlichem. Die Verwendung von Technizismen in der Form neugebildeter Wortzusammensetzungen ist ein Frühsymptom beginnender agrammatischer Störungen.

Als Paragrammatismen bezeichnet Vortr. solche fehlerhaft gebildeten mehrwörtlichen Wendungen und Sätze, die nicht agrammatischen Charakter tragen. Doch ist die Abgrenzung der Paragrammatischen von den agrammatischen Fehlern schwierig und vielleicht künstlich. Häufig werden mehrere Wendungen, die einen und denselben Gedanken ausdrücken wollen, miteinander verquickt (Kontaminationen); z. B. eine Frau bittet ihren Mann, er solle „andere Hebel in Bewegung setzen", um ihre Entlassung zu erreichen = alle Hebel in Bewegung setzen + andere Mittel ergreifen.

Andere Störungen an den Sprachgebilden als diese vier Arten konnte der Vortr., an einem umfangreichen Untersuchungsmaterial nicht nachweisen. Es ergibt sich daraus, daß wir vorläufig keinen Grund haben



anzunehmen, daß die Störungen an den Sprachgebilden bei Geisteskranken andere Arten von Störungen darstellen als die aphasischen Erscheinungen bei Herderkrankungen des Gehirns.

Die vier Sprachstörungen bei Geisteskranken lassen sich vielmehr auf die von den Herderkrankungen her bekannte Paraphasie (literale Paraphasie), die Einschränkung des Wortschatzes bei partieller motorischer Aphasie, die sprachlichen Mitbewegungen bei unvollkommener motorischer Aphasie und den Agrammatismus zurückführen. Der Eindruck der Wesensverschiedenheit zwischen den Störungen der Sprachgebilde bei Herdkranken und bei Geisteskranken wird dadurch bedingt, daß bei Herdkranken die Ausfallerscheinungen viel stärker sind und reiner hervortreten; bei Geisteskranken sind die Ausfallerscheinungen schwächer und vielfach verdeckt durch Funktionsabänderung (Parasymptome) und oft auch durch krankhafte Funktionssteigerung.

Im letzteren Falle bieten sich den Kranken statt e i n e s Wortes oder e i n e r mehrwörtlichen Wendung (bzw. eines Satzes) mehrere Worte oder Wendungen dar, die dann entweder nacheinander vorgebracht werden (Tautologien) oder sich miteinander verquicken oder in Form ungeheuerlicher Wortzusammensetzungen aneinandergereiht werden (z. B.: Welche Eigenschaften müssen Soldaten haben? Treue, Mut und Geschickberufspflichtenerlernenbegabtheit).

Diese Verschiedenheiten zwischen den Störungen an den Sprachgebilden bei Herdkranken und bei Geisteskranken erklären sich daraus, daß bei gleicher Lokalisation die Herderkrankung in kurzer Zeit umfängliche, zusammenhängende Massen von Gehirnsubstanz vernichtet, während der pathologische Gehirnprozeß der Geisteskrankheiten allmählich kleinere Gewebseinschmelzungen entstehen läßt, durch die neben Ausfallerscheinungen auch Reizerscheinungen und Störungen im Zusammenspiel der verschiedenen seelischen Leistungen verursacht werden dürften.

(Erscheint in der Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych.)

D i s k u s s i o n. — *Stransky*-Wien begrüßt es, daß *Kleist* ganz richtig auf die große Ähnlichkeit der aphasischen und der kontaminatorischen Expressivstörung bei Schizophrenen hinweist; er erinnert an die Ähnlichkeit von Parapraxie und Parergasie; ist aber wirklich, wenn Redner den Vortr. richtig verstanden hat, an eine anatomische Lokalisation zu denken? *Str.* erinnert da nur an die Kontaminationen Gesunder und in der Traumsprache.

Eccard-Frankenthal weist darauf hin, daß auch beim sprechenlernenden Kinde derartige Störungen auftreten, was wohl gegen die von Herrn *Kl.* vermuteten organischen Veränderungen spricht.

Kleist-Erlangen (Schlußwort): Herrn *Stransky* erwidert Vortr., daß er allerdings überzeugt ist, daß die Lokalisation der Sprachstörungen



i Geisteskranken dieselbe sei wie bei groben Herderkrankungen des hirns. Die Sprachstörungen der Geisteskranken sind eben auch Herdmptome. Das Auftreten ähnlicher Störungen im Zustande der Unaufrksamkeit (*Stransky*) und im Schlafe bzw. im Traum spricht nicht gen die Auffassung des Vortr.; es folgt daraus nur, daß auch in diesen ıständen die Sprachapparate des Gehirns an der Funktionsherabsetzung ilnehmen. Wenn bei Kindern — wie Herr *Eccard* bemerkte — agramatische u. ä. Sprachstörungen beobachtet werden, so erklärt sich das araus, daß bei Kindern die Sprachapparate des Gehirns noch nicht völlig ıtwickelt sind.

3. Sitzung.

Zunächst fand eine Geschäftssitzung statt, in welcher die bisherige orstandschaft wiedergewählt wurde.

Als nächstjähriger Versammlungsort wurde Deggendorf gewählt, ls Referat: „Die Pflegerfrage" bestimmt und Herr *Eccard*-Frankenthal ls Referent aufgestellt. Hierauf wird die Vortragsreihe fortgesetzt.

Spielmeyer-München: Anatomische Demonstrationen ur vergleichenden Krankheitsforschung.

In der Pathologie hat sich in den letzten Zeiten mehr wie früher as Bestreben geltend gemacht, einzelne Krankheiten — bei Wahrung hrer Selbständigkeit — nach ihren prinzipiellen Ähnlichkeiten in Gruppen u sondern. Gerade das Beispiel der progressiven Paralyse lehrt, wie diese ergleichende Krankheitsforschung ihren Ausgang von den differentialliagnostisch anatomischen Bemühungen genommen hat: Die Vergleichung ler paralyseähnlichen Prozesse (chronischen Enzephalitiden, Schlafkrankheit, Staupe, *Borna*schen Krankheit usw.) mit der Paralyse gewährt ıns einen tieferen Einblick in die pathogenetischen Vorgänge. Auch onst gibt diese vergleichende histopathologische Analyse einen besseren berblick über den Zusammenhang krankhafter Vorgänge und vermehrt nser Wissen um das Wesen noch unklarer Erkrankungen.

Vortr. versucht das an zwei Beispielen aus der Idiotie zu beweisen. rstens: an der familiären amaurotischen Idiotie; hier zeigt sich, wie die ergleichende Gegenüberstellung auch den praktischen Zwecken der iagnose förderlich ist. Denn seit *Vogt* auf Grund klinischer Überlegungen ie Verwandtschaft mancher im Knabenalter auftretender, mit Amaurose erbundener familiärer Verblödungsprozesse und der *Tay-Sachs*schen rankheit proklamiert und seit Vortr. die Zusammengehörigkeit dieser eiden Formen durch die anatomische Untersuchung bewiesen hat, ist n den letzten 8 Jahren die juvenile Form der familiären amaurotischen diotie von den verschiedensten Autoren klinisch und anatomisch diaostiziert worden. Vortr. berichtet über eine neue Beobachtung, die ch den ursprünglich von ihm veröffentlichten und den von anderen



Autoren mitgeteilten Fällen einreihen läßt. Auch hier beweist der anatomische Befund, daß die juvenile Form die später einsetzende, langsamer verlaufende, mildere Abart der gewöhnlichen familiären amaurotischen Idiotie darstellt. Bei aller Ähnlichkeit der infantilen und der juvenilen Form bestehen aber auch hier die vom Vortr. früher geschilderten unterscheidenden histologischen Merkmale.

Auch bei der tuberösen Sklerose ist es ein körperliches Zeichen, welches nicht nur die Diagnose intra vitam häufig zu stellen erlaubt, sondern welches auch die engen Beziehungen dieser Krankheit zu einem anderen Prozesse, nämlich dem Fibroma molluscum, der *Recklinghausen*schen Krankheit dartut. Auf Grund der histologischen Bilder tritt Vortr. für die letzthin besonders von *Bielschowsky* begründete Auffassung ein, daß bei der tuberösen Sklerose das wesentliche ein blastomatöser Prozeß an der Neuroglia ist. Das wird besonders an Rinden- und Ventrikelherden bewiesen. Auch die Eigentümlichkeiten eines Nierentumors (welcher in einer ausführlichen Mitteilung von Dr. *Hammond* geschildert werden wird) sind für die Auffassung des Krankheitsprozesses wesentlich. Nach allem erscheint es dem Vortr. gerechtfertigt, wenn in letzter Zeit von verschiedenen Autoren die prinzipielle Gleichstellung der tuberösen Sklerose und der *Recklinghausen*schen Krankheit als einer „Spongioblastose" betont wird.

Keine Diskussion.

Kolb-Erlangen: Zweikernige Ganglienzellen. (Erscheint in der Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych.)

Diskussion. — *Fischer*-Prag betont, daß es einstweilen noch nicht möglich ist, auf Grund unserer histologischen Kenntnisse zu entscheiden, ob eine doppelkernige Ganglienzelle eine kongenital verbildete Zelle ist oder nicht. In die Frage der Bedeutung der Doppelkernigkeit wird vielleicht erst dann ein Licht kommen, wenn man orientiert sein wird, wie häufig (prozentuell) sich bei einzelnen Hirnkrankheiten doppelkernige Ganglienzellen nachweisen lassen. Im Laboratorium der Prager psychiatrischen Klinik werden derartige Untersuchungen bei einem größeren Materiale von Herrn *Stein* durchgeführt, und es ergibt sich bereits, daß bei juveniler Paralyse dieselben in 100% vorkommen, bei gewöhnlicher Paralyse in 84%, bei anderen Psychosen in 45%. Die Untersuchung einer Reihe von normalen Gehirnen ist noch nicht beendet, weshalb auf eine später erscheinende Publikation verwiesen wird.

Kolb-Erlangen (Schlußwort) freut sich der Bestätigung, welche seine Befunde durch die Mitteilungen des Herrn *Fischer* gefunden haben, und versteht die Bedenken, die Herr *Fischer* gegen die Deutung der Befunde äußert. Er betont die Notwendigkeit, auch das Zentralnervensystems geistig normaler Menschen in größerem Umfange zu durch-



mustern, und bittet, wenn sich beim Normalen zweikernige Ganglienzellen nachweisen lassen, darauf zu achten, ob gewisse schwere körperliche Erkrankungen vorangingen.

von Rad-Nürnberg: Über motorische Apraxie, bedingt durch halbseitige Balkenläsion (mit Projektionen).

(Der Vortrag wird in der Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. veröffentlicht.)

Keine Diskussion.

Kraepelin-München: Über Hysterie.

(Erscheint in der gleichen Zeitschrift.)

Diskussion. — *Stransky*-Wien stimmt zu, daß hysterische und primitive Reaktion vielfach übereinstimmen; es wäre nur das eine möglich, daß das Mißverständnis unterlaufen könnte, es wären Affekte und Affektausdrücke etwas Minderwertiges; das sind sie aber keineswegs in allen Fällen, es gibt auch sehr nützliche, soziale und geistige Höchstleistungen tragende und fördernde Affekte.

Fischer-Prag: Das Alter und die Verlaufsformen der progressiven Paralyse.

Die Diagnose der senilen Paralyse ist oft sehr schwierig, da dieselbe recht häufig vollkommen unter dem Bilde der anderen senilen Erkrankungen verlaufen kann, entweder unter dem der einfachen senilen Verblödung oder dem der typischen Presbyophrenie. Von 13 jenseits des 60. Lebensjahres stehenden Paralysen waren 7 presbyophren. Eine Zusammenstellung eines gewissen Materiales klinisch ganz sicherer Paralysen zeigte, daß sich auch sonst ein Parallelismus zwischen gewissen klinischen Verlaufstypen und dem Alter bei der Paralyse erweisen läßt. So zeigen die mit katatonen Symptomen einhergehenden Fälle ein Durchschnittsalter von 35½ Jahren, halluzinierender Paralysen von 43½ Jahren und presbyophrener von 67 Jahren. Man ersieht daraus, daß das Alter doch in gewisser Hinsicht einen bestimmenden Einfluß auf die Symptomatologie der Paralyse hat.

Weiter weist *F.* darauf hin, daß nach seiner Erfahrung gerade die Paralysen, die sich im Anschluß an eine bereits länger bestehende Tabes entwickeln, sehr rapid verlaufen, indem die Durchschnittsdauer derselben nur 12 Monate beträgt.

Keine Diskussion.

Specht-Erlangen: Zur Frage der exogenen Schädigungstypen.

(Erscheint in der Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych.)

Keine Diskussion.



Specht-Erlangen: **Über Katalysatorenbeeinflussung bei Geisteskranken** (vorläufige Mitteilung).

Statt des jetzt mit etwas überstürztem Eifer betriebenen *Abderhalden*schen Verfahrens haben wir auf Anraten von Professor Dr. *Weichardt* in dessen Laboratorium durch einen Arzt unserer Klinik die *Weichardt*sche Methode der Katalysatorenbeeinflussung bei einer größeren Anzahl von Geisteskranken in Anwendung gezogen.

Weichardt ist es gelungen, das Vorhandensein von Eiweißzerfallprodukten durch Prüfung der Katalysatorenfunktion nachzuweisen.

Katalysatoren sind bekanntlich Stoffe, die chemische Prozesse, z. B. Oxydationsprozesse beschleunigen. Bei dieser Tätigkeit wird Sauerstoff aus einem sauerstoffreichen Medium auf oxydable Substanzen übertragen. Ein solcher Katalysator ist im Blut das Hämoglobin. Man kann aber auch Katalysatoren künstlich herstellen; solch' ein künstlich bereiteter Katalysator ist das von *Paal* hergestellte und jetzt auch sonst vielgenannte kolloidale Osmium.

Weichardt hat nun gefunden, daß Eiweißspaltprodukte die Katalysatorentätigkeit beeinflussen, und zwar wirken sie in geringen Dosen anregend, in größeren Mengen hemmend bzw. lähmend.

Er hat ferner gefunden, daß diese die Katalysatoren beeinflussenden Substanzen auch in die Exkrete, z. B. den Urin übergehen und auch in der Ausatmungsluft nachweisbar sind.

Wir haben demnach zwei Möglichkeiten, die im Körper erzeugten Eiweißzerfallprodukte, soweit sie katalysatorenlähmend wirken, nachzuweisen: im Blut und in den Ausscheidungen, im letzteren Fall am einfachsten im Urin.

Wählt man das Blut zur Untersuchung, dann muß man den Blutkatalysator, das Hämoglobin, das auf seine Oxydasefunktion geprüft werden soll, vom Serum und den geformten Elementen isolieren, da sonst die chemischen Verhältnisse ganz unübersichtlich werden. Wie diese Isolierung des Hämoglobins bewerkstelligt wird, gehört nicht hierher.

Wählt man zur Untersuchung den Urin, in den, wie gesagt, die lähmenden Substanzen übergehen, dann muß man natürlich einen künstlichen Katalysator zur Hilfe nehmen, eben das kolloidale Osmium.

Über diese Katalysatorenlähmung durch Eiweißzerfallprodukte liegen nun schon folgende, von *Weichardt* und seinen Mitarbeitern gefundene Tatsachen vor:

Leitet man stark verbrauchte Luft über katalysatorenhaltige Flüssigkeit, also Lösungen von Hämoglobin oder kolloidales Osmium, dann verlieren diese allmählich ihre sauerstoffübertragenden Funktionen teilweise oder gänzlich.

Es wurde ferner ermittelt, daß Eiweiße und deren Spaltprodukte, insbesondere auch solche Produkte aus Karzinommaterial in geringen



Dosen anregend, in höheren Dosen und bei längerer Einwirkung lähmend auf die Katalysatorentätigkeit wirken.

Es wurde ferner festgestellt, daß bei normalen Schwangeren in der überwiegenden Mehrzahl ein Stadium der Anregung des Hämoglobinkatalysators vorhanden war.

Aus alledem ergibt sich, daß es im Organismus, wenn Eiweißspaltprodukte freiwerden, zunächst zu einer Anregung der Oxydasefunktion des Hämoglobins kommt, und daß dieses zunächst für die Bindung solcher schädlichen Produkte einzutreten hat. Erst wenn eine Überschwemmung des Organismus mit solchen Substanzen stattgefunden hat, dann kann es zu einer Lähmung des Katalysators kommen.

In manchen Fällen, bei denen die beeinflussenden Dosen solche sind, daß das Anregungsstadium zur Lähmung umkehrt, wird sich weder Anregung noch Lähmung der Katalysatorentätigkeit wahrnehmen lassen. Der Katalysator wirkt dann wie ein normaler, obgleich er das keineswegs ist. Spezifisch sind diese Beeinflussungen nicht.

Es war verlockend zu untersuchen, inwieweit Katalysatorenbeeinflussung bei gewissen Gruppen von Geisteskranken, bei denen man einen pathologischen Eiweißzerfall annehmen muß, wahrgenommen werden kann. Das ist von dem Medizinalpraktikanten an unserer Klinik Herrn *Hauenstein* im *Weichardt*schen Laboratorium geschehen und zwar bei Paralytikern, Schizophrenen, nach epileptischen Anfällen sowie vereinzelt bei anderen Kranken.

Die bisherigen Untersuchungen stellen selbstverständlich vorerst nur tastende Versuche dar. Folgendermaßen lauten die Resultate:

Unter 30 Paralytikern zeigte sich bei 22 Lähmung des Hämoglobinkatalysators. Bei 6 weiteren Fällen zeigten sich geringere Grade von Lähmung, sie liegen aber noch innerhalb der Fehlergrenzen. Die 2 restierenden Fälle zeigten Anregung; der eine davon ist eine jetzt stabile Taboparalyse, der andere war zur Zeit der Untersuchung durch Hyoszininjektion kompliziert.

Bei 20 Schizophrenen zeigten 18 starke Lähmung; 2 Fälle zeigten Anregung; beide sind klinisch eigenartig gelagert und gleichen auffallenderweise einander auch klinisch sehr.

Bei zwei *Huntington*-Chorea fand sich starke Lähmung.

Bei zwei Paralysis agitans ganz geringe Lähmung.

Zwei reine Manien zeigten weder Anregung noch Lähmung.

Ebenso zeigten fünf Epileptiker keine Lähmungen des Blutkatalysators.

Dagegen wurde bei 37 Epileptikern der nach Anfällen gelassene Urin mit dem anorganischen Katalysator, dem kolloidalen Osmium untersucht. Dabei fand sich in 22 Fällen eine Lähmung im Vergleich zu normalem Kontrollurin dann, wenn man kurze Zeit nach dem Anfall untersuchte. Es handelt sich also beim epileptischen Anfall um sehr labile Substanzen.



Das alles sind jedenfalls sehr bemerkenswerte Resultate, die zur Fortsetzung der Versuche ermuntern. Vorerst jedoch bitte ich mit dem Urteil zurückzuhalten. Auch diese Untersuchungen sind, wie alle neueren diagnostischen, subtil und erfordern peinliches Arbeiten besonders geübter Untersucher, sonst verwischen sich die feinen Unterschiede gänzlich.

Auch ist die Zahl der bisher vorliegenden Fälle noch zu gering, um sich ein endgültiges Urteil zu bilden, wie das auf Grund nur weniger Fälle leider öfter geschehen ist. Wir erlebten es dann, daß anfänglich glatt einschlagende Ergebnisse bald genug Fiasko gemacht haben.

Keine Diskussion.

Die noch angemeldeten Vorträge:

Allers-München: Über die *Abderhalden*sche Serodiagnostik der Psychosen,

Weiler-München: Krankendemonstrationen,

Isserlin-München: Über die Bedeutung von Gefühlsvorgängen für die Reproduktion

mußten der vorgerückten Zeit wegen ausfallen.

Der Vorsitzende schließt die Versammlung mit lebhaftem Danke an die Referenten, alle Vortragenden und die Schriftführer.

Ein Teil der Teilnehmer besichtigte noch nachmittags, ein größerer Teil am folgenden Vormittag die neue oberbayerische Heil- und Pflegeanstalt Haar bei München unter der Führung des Herrn Direktors Dr. *Blachian*.

Brandl. *Isserlin.*



Kleinere Mitteilungen.

Der nächste Kongreß für experimentelle Psychologie findet vom 15. bis 18. April 1914 zu Göttingen statt. Referate: 1. *H. Gutzmann*: Über die Beziehungen der Gemütsbewegungen und Gefühle zu Störungen der Sprache; 2. *O. Klemm:* Über die Lokalisation von Schallreizen; 3. *C. Stumpf:* Über neuere Untersuchungen zur Tonlehre. Anmeldungen betr. Teilnahme oder Vorträge an Prof. Dr. *G. E. Müller* in Göttingen, Bergstr. 4. Referate der beabsichtigten Vorträge sind zwecks vorheriger Drucklegung bis zum 28. Februar einzusenden.

Der 31. deutsche Kongreß für innere Medizin findet vom 20. bis 23. April 1914 in Wiesbaden unter dem Vorsitz von Prof. Dr. *von Romberg*-München statt. Thema des 1. Sitzungstages: Wesen und Behandlung der Schlaflosigkeit. Ref. *Gaupp*-Tübingen, *Goldscheider*-Berlin, *Faust*-Würzburg. Vortraganmeldungen an Prof. Dr. *v. Romberg*, München, Richard-Wagner-Str. 2.

Die Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie wird am 24. u. 25. April 1914 in Straßburg stattfinden. *Aschaffenburg*-Köln und *Wilmanns*-Heidelberg werden über „Verminderte Zurechnungsfähigkeit" referieren. Angemeldete Vorträge: 1. *Uhlenhuth*-Straßburg (auf besonderen Wunsch des Vorstandes): Über experimentelle Syphilisforschung; 2. *E. Stransky*-Wien: Intrapsychische Ataxie und Schizophrenie; 3. derselbe: Die Kontamination in der Pathologie der Sprache; 4. *Kastan*-Königsberg: Die Pathogenese der Psychosen im Lichte der *Abderhalden*schen Anschauungen; 5. *Hübner*-Bonn: Über paranoide Psychosen; 6. *Nießl v. Mayendorf*: Die funktionellen Wechselbeziehungen zwischen beiden Hemisphären; 7. *Fauser*-Stuttgart: Über dysglanduläre Psychosen; 8. *Jacob* u. *Weygandt:* Beiträge zur experimentellen Syphilis des Nervensystems; 9. *Kafka:* Die optische Methode nach *Abderhalden* in der Psychiatrie. — Anmeldung weiterer Vorträge bis Mitte März an Sanitätsrat Dr. *Hans Laehr* in Zehlendorf-Wannseebahn, Schweizerhof, erbeten.

Die Vereinigung kath. Seelsorger an deutschen Heil- u. Pflegeanstalten[1]) hielt ihre 4. Jahresversammlung

[1]) S. diese Zeitschr. Bd. 70, S. 326 u. 653.

am 5. August 1913 in Würzburg ab. Dr. *Ig. Familler*-Regensburg referierte über „Die tägliche Krankenvisite des Hausgeistlichen an den Heil- und Pflegeanstalten" und „De periculo mortis quoad sacram unctionem", *Diemert*-Schussenried über die „Grundzüge für die Verhältnisse der kath. Seelsorge an Heil- und Pflegeanstalten im Nebenamte" und *Beuter*-Rottenmünster über „Die öftere und tägliche Kommunion in den Heil- und Pflegeanstalten". Sind die Referate *Familler*s im allgemeinen voll klugen Verständnisses und Bedenken dagegen vom Standpunkt des Arztes aus kaum zu erheben, so gilt dies nicht gleicherweise von den beiden übrigen. Ich wenigstens vermag es nicht zu billigen, wenn *Diemert* meint, für den Besuch des Gottesdienstes und den Sakramentsempfang sollten der Wunsch des Kranken und die Ansicht des Geistlichen in erster Linie maßgebend sein, und wenn er dementsprechend, ohne gemäß seiner Instruktion vorher das Einverständnis des Anstaltsdirektors einzuholen, die Kranken, die er als geeignet ansieht, dazu ermuntert und wohl auch durch das Wartpersonal ermuntern läßt, so daß nunmehr erst die Bitte des Kranken die Entscheidung des Direktors herbeiführt. Nach diesem Verfahren kann manchem Kranken die Teilnahme vom Arzte pflichtgemäß abgeschlagen werden, nachdem der Wunsch danach vom Geistlichen genährt oder gar erst geweckt worden ist, und das scheint mir ein unnötiger und oft gewiß nicht gleichgültiger Eingriff in das Seelenleben des Kranken. Ebensowenig kann ich mich damit befreunden, daß *Beuter* dem päpstlichen Dekret vom 20. 12. 1905, das den häufigeren, womöglich täglichen Empfang der hl. Kommunion anrät, auch bei Geisteskranken Einfluß verschaffen möchte und nicht nur z. B. leicht Manische als tauglich hierfür betrachtet, sondern auch manchem Melancholiker, „wenn er einmal in der Lage ist zu beichten", eine Wohltat zu erweisen glaubt, wenn er ihn animiert, etwas öfter zu der hl. Kommunion zu gehen, als er wohl von sich aus ginge. (Der Versammlungsbericht ist als Manuskript gedruckt.) *H. L.*

Am 15. Oktober ist die neue badische Landes-Heil- u. Pflegeanstalt bei Konstanz am nördlichen Ufer des Untersees, gegenüber dem Ostende der Insel Reichenau, mit den ersten Kranken belegt worden. Am 11. Oktober hatte eine Besichtigungsfeier stattgefunden, an der etwa 200 Personen teilnahmen. Es sprachen Staatsminister Frhr. *v. Bodman*, Min.-Dir. Geh.-R. Dr. *Glockner* und der Anstaltsdirektor Med.-R. Dr. *Oster*. Aus der Rede des Min.-Dir. Dr. *Glockner* sei folgende Stelle wiedergegeben: „Im ganzen sind bis jetzt 3 639 000 Mk. für diese Anstalt bewilligt, und damit außer den Verwaltungs- und Betriebsgebäuden, von denen der Gutshof allerdings erst im nächsten Jahr fertiggestellt werden soll, und 3 Beamtenwohnhäusern, 10 Krankenhäuser mit zusammen 400 Betten, je 2 Aufnahmehäuser, je 2 Häuser für Unruhige und 1 großes Haus für halbruhige, speziell sieche Kranke



[jeder] Geschlechtsseite erstellt worden, die nun von der nächsten Woche [mit] Kranken belegt werden sollen. Dazu sollen in der nächsten Budget-[periode], für die ein Betrag von 1 340 000 Mk. angefordert werden soll, [die] weitere Krankenhäuser für halbruhige und aufsichtsbedürftige [Kranke] mit zusammen 280 Betten, die Kirche, das zweite Ärztewohnhaus [und] Beamtenwohnhäuser für 8 Beamtenfamilien erstellt werden, während [der] Rest des Bauprogramms, 8 Häuser für ruhige Kranke mit zusammen [...] Betten, die Infektionslazarette, und das Schlachthaus erst in den [Jahren] 1916/17 zur Ausführung gelangen sollen. Der Gesamtaufwand [be]trägt nach dem Voranschlag vom Dezember 1909, der freilich die seither [ein]getretene Steigerung der Löhne nicht vorhersehen konnte, 5 800 000 Mk. [Da]von entfallen auf die Krankenhäuser rund 2,3 Millionen, auf Ver[wa]ltungs- und Wirtschaftsgebäude rund 1,4 Millionen, auf Beamten[wo]hnhäuser 266 000 Mk., auf Geländeerwerbung 400 000 Mk., auf Straßen [...]0 000 Mk., auf Kanalisation einschließlich Tiefdrainage 320 000 Mk., [au]f Wasserversorgung 325 000 Mk., auf die Fernheizung und Fernwarm[w]asserversorgung 348 000 Mk." (Karlsruher Zeitung vom 14. 10. 1913.)

Die Nervenheilanstalt der Stadt Frankfurt a. M. in Köppern eröffnet worden.

Eine aus Ärzten und Pressevertretern bestehende Vertrauens-[ko]mmission für Irrenrechtsfragen ist gegründet worden. [Der] Reichsverband der deutschen Presse hat die Redakteure *Giesen*-[Fra]nkfurt a. M. und Dr. *Kastan*-Berlin delegiert, der Deutsche Verein [...]licher Privatanstaltsleiter: Prof. *Thomsen*-Bonn und Prof. *Friedländer*-[...]le Mark. Vorsitzender ist Prof. Dr. jur. *Heimberger*, Schriftführer [Ger]ichtsassessor Dr. *Coenders*-Bonn. Die Aufgabe dieser Kommission [best]eht in der Prüfung der möglichsten Klarstellung aller wirklichen [und] behaupteten Mißstände auf rechtlichem und administrativem Gebiet [des] Irrenwesens (unrechtmäßige Internierung, ungeeignete Behandlung, [Ent]mündigung usw.).

Personalnachrichten.

Franz Simon, Geh. San.-R., Dir. der Prov.-Anstalt Lüben (Schlesien) tritt am 31. März in den Ruhestand.

Oswald Bumke, ao. Prof. in Freiburg, hat einen Ruf nach Rostock als o. Prof. und als Direktor der Landesanstalt Gehlsheim er[halten] und angenommen

[...] ist als Abteilungsarzt von Lublinitz nach Freiburg [...] versetzt worden.

Dr. *Walter Haßmann*, Anstaltsarzt in Illenau, ist zum Bezirksarzt in Bretten ernannt.

Dr. *Gabriel Steiner* in Straßburg und

Dr. *Felix Stern* in Kiel haben sich als Privatdozenten habilitiert.

Dr. *Karl Jaspers*, Vol.-Ass. an der phychiatrischen Klinik zu Heidelberg, hat sich in der philosophischen Fakultät habilitiert.

Dr. *Ed. von Grabe*, Oberarzt in Hamburg, Friedrichsberg, hat den Titel Professor erhalten.

Dr. *Karl Serger*, San.-R., Dir. der Landesanstalt Strelitz, starb am 18. Okt., 50 J. alt, durch Suizid in einem Depressionszustande.

Dr. *Fedor Schuchardt*, Geh. Med.-R. u. o. Prof., Dir. der Landesanstalt Gehlsheim, starb nach langem schweren Leiden im 66. Lebensjahr am 7. November.

Dr. *Bernard Oebeke*, Geh. San.-R., konsult. Arzt der Endenicher Heilanstalt und ehem. Landespsychiater der Rheinprovinz, starb im 77. Lebensjahr am 7. Dezember.

Dr. *Ludw. Römheld*, Direktor der Landesanstalt Alzey,

Dr. *Max Schwienhorst*, Abteilungsarzt an der Landesanstalt Münster, und

Dr. *Theodor Kaes*, Prosektor der Staatsanstalt Friedrichsberg in Hamburg, sind gestorben.

Initiale Schriftveränderung bei Paralyse[1]).

Von

Dr. **Georg Lomer.**

Daß die Paralyse mit fundamentalen Änderungen der Schrift einhergeht, ist längst bekannt. Weniger bekannt, ja umstritten ist der Umstand, daß diese Änderungen bereits im Frühstadium des Leidens zu erkennen sind. So hat noch jüngst *P. Näcke* [2]) die Ansicht geäußert, daß die Schrift der Paralytischen „lange normal sein kann“. Es verlohnt sich daher sicherlich, diese Behauptung einmal auf ihre Richtigkeit zu prüfen. Das soll hier an einem lehrreichen Falle geschehen.

F. St., geb. im Mai 1861. Keine Heredität. Von Anfang an schwächlich und etwas nervös. Stotterte sehr. War ein mäßiger Schüler. Nicht Soldat wegen allgemeiner Körperschwäche. Nach Angabe der Mutter „trotz fester Grundsätze und zartem Feingefühl immer schwer zu behandeln, seiner nervösen Reizbarkeit wegen“. Dabei ein zärtlicher, guter Sohn; mit „einem Hieb ins Ideale“, — schrieb öfters für Zeitungen Reiseschilderungen, Novellen u. dgl. mehr.

Nach erlangter Primareife Kaufmannslehrling, hielt sich in der Lehrzeit gut und ging mit 24 Jahren nach Buenos Aires, wo er 28 Jahre lebte und zu mäßigem Wohlstande gelangte. Mit 32 Jahren Heirat. Ehe angeblich zunächst glücklich. Ein gesunder Sohn, der jetzt erwachsen ist und sich sein Brot selbst verdient.

Während der Ehezeit luische Infektion, genauer Zeitpunkt unbestimmt. 1902 und 1909 Aborte der Frau.

Aus dieser Zeit, Oktober 1909, stammt der Brief, dem Schriftprobe I entnommen ist. Der Brief ist an die Schwester gerichtet. Die Probe entstammt der zweiten Briefseite. Benutzt wurde ein gewöhnlicher Briefbogen.

---

[1]) Aus der Landesirrenanstalt bei Alt-Strelitz.

[2]) *Näcke*, Einige Bemerkungen bezügl. der Zeichnungen und anderer künstlerischer Äußerungen von Geisteskranken. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. XVII, H. 4, S. 462.



I. (Oktober 1909).

Wir haben in Probe I eine mittelgroße, mäßig druckstarke Schrift. Leicht bewegter Gesamteindruck. Rand schmal. Zeilen und Worte gut und klar voneinander abgesetzt. Zeilenrichtung leicht an-

Stellung werden vielleicht com-
poniert werden, laut sehr
günstigen Aussichten, die mir
mein Hamburger Freund für

steigend. Ziemlich weite Schrift. Neigungswinkel 30—40°. Der Verbundenheitsgrad, nach einer a. a. O.[1]) von mir angegebenen Methode berechnet, beträgt $\frac{5,4}{12}$ oder $\frac{1}{2,22}$; das heißt: mit je einem neuen Anstrich werden durchschnittlich immer je 2,22 Schriftkontinua[2]) gezogen. Es liegt also ein mittlerer Verbundenheitsgrad vor.

Die Schrift zeigt nur wenig Eigenart, so im S, Zeile 1; im F, Zeile 4; im c, im kleinen w. Im ganzen ist sie konventionell und nähert sich dem Schulmäßigen.

Weder Arkaden- noch Girlandentyp. Die m und n sind oben teils gewölbt (letztes m, Zeile 1), teils spitzwinkelig (letztes m, Zeile 3). Die u und ü zeigen fast durchweg an der Basis spitzige Winkelbildung. Auch bei anderen Basiszügen findet sich öfter Winkelbildung (z. B. im ersten i, Zeile 4). Wo Basisbögen sind, da sind sie nicht sehr ausgiebig.

Ober- und Unterlängen gleichmäßig entwickelt. Schleifen für gewöhnlich strichförmig (vgl. die l, die h; auch das g und f, Zeile 4). Selten etwas voller (im g, Zeile 1 und 3; im l, Zeile 2). Bald verschliffen, bald als Schleife ausgezogen ist das e.

Der erste Buchstabe ist häufig vom übrigen Wort abgesetzt (Zeile 1, Wort 1 und 2; Zeile 2, Wort 1, 2 und 4; Zeile 3, Wort 1; Zeile 4, Wort 2). Die Großbuchstaben sind als solche deutlich hervorgehoben. Die Kleinbuchstaben von etwas wechselnder Größe. Der erste Zug des a beide Male erhöht. Das letzte e, Zeile 3, vergrößert. Worte

[1]) Über graphologische Merkmale des Schwachsinns. Archiv f. Psychiatrie, Bd. 53, H. 1.

[2]) Ein Schriftkontinuum ist ein nach der Schulvorschrift gewohnheitmäßig mit einmaligem Anstrich gezogener linearer Zusammenhang. Das m, n, o, a setzen sich z. B. aus nur einem, das f, t aus zwei, das ä, ü aus drei Kontinua zusammen.

eilen kleiner werdend (z. B. Zeile 1, Wort 2; Zeile 2, Wort 2; Zeile 4 rt 1).

Das kleine a ist stets oben geschlossen, besonders eigenartig in e 2. Ebenso das d. Das c in ch ist gleichfalls in eigenartiger Weise hlossen. Der u-Haken ist in Zeile 2 einfach zurückgeschlagen; in e 4 derart, daß ein fast vollständiger Verschluß erzielt wird. Im ersten rt, Zeile 1, ist er steil aufwärts geschwungen.

Das t zeigt regelmäßig einen nach Art eines dicken Punktes ver-liffenen Schlußriegel. Nur im 2. Wort, Zeile 3, ist seine Schleife offen. r Endstrich dieses Schlußriegels ist immer zart, meist kurz und nach n auslaufend. Auch das f besitzt einen Schlußriegel. Der Schluß-g des b ist nach vorne zurück- und eingebogen.

Anstriche der Worte wechselnd lang, d. h. im ganzen eher rz, und beginnen vielfach mit einem ganz feinen, kleinen Häkchen-hwung (so in Zeile 1, Wort 1—3; Zeile 2, Wort 4). Endstriche ichfalls von wechselnder Länge, doch ebenfalls nicht überlang, dabei erwiegend nach vorne und oben gerichtet, manchmal spitz auslaufend.

Beizeichen vollständig, vorwiegend hoch gesetzt, oft hinter die gehörigen Buchstaben, selten davor.

i-punkt oft strichförmig. Interpunktion korrekt.

Fügen wir dieser Analyse die Deutung bei, so haben wir einen ebildeten[1]), dabei aber nicht sonderlich begabten[2]) ann vor uns. Er ist verständig[3]), von aufmerkendem eist[4]), aber im Grunde nüchtern[5]), von gering entwickel-er Phantasie[6]), und ein ziemlicher Egoist[7]). Ohne viel aktiven illen[8]) und im Auftreten eher etwas schüchtern[9]), hat er ch keine ganz geringe Meinung von sich[10]), hält zähe an nmal gefaßten Ansichten fest[11]) und versteht es dabei vortrefflich,

---

[1]) Eine gewisse Eigenart, kein Aufputz.

[2]) Im ganzen konventionelle Schrift.

[3]) Worte und Zeilen klar abgeteilt.

[4]) Wechselnde Größe der Kleinbuchstaben. Hochgesetzte Bei-chen.

[5]) Keine Schleifenfülle.

[6]) Vgl. Anm. 5).

[7]) Eckige Schrift. Eingekrümmter b-Schluß.

[8]) Fehlen von Steile, Druck, Linksläufigkeit.

[9]) Schwacher Druck in Haar- und Grundstrich.

[10]) Majuskeln markiert. Manche Minuskeln betont. Ziemlich große rift.

[11]) Arkaden und Girlanden schulmäßig verteilt. Schlußriegel am nd f.

niemand in seine Karten schauen zu lassen: er ist ein verschlossener Charakter[1]).

Gleichwohl ist er durchaus gewohnt, seinen Gefühlen nachzugeben[2]), und liebt äußere Beschränkung sicherlich nicht[3]). Möglicherweise hat diese — als Schwäche imponierende — Eigenschaft die ausgesprochene Verschlossenheit ursprünglich psychologisch entwickeln helfen.

Das äußere Auftreten ist von leiser Freundlichkeit[4]), ohne Übertreibungen[5]). Zuweilen wird er etwas heftig[6]). Anscheinend Sinn für Humor[7]). Sinnlichkeit ist vorhanden, doch hält sie sich im ganzen in mäßigen Grenzen. Das idealistische Zartgefühl überwiegt[8]).

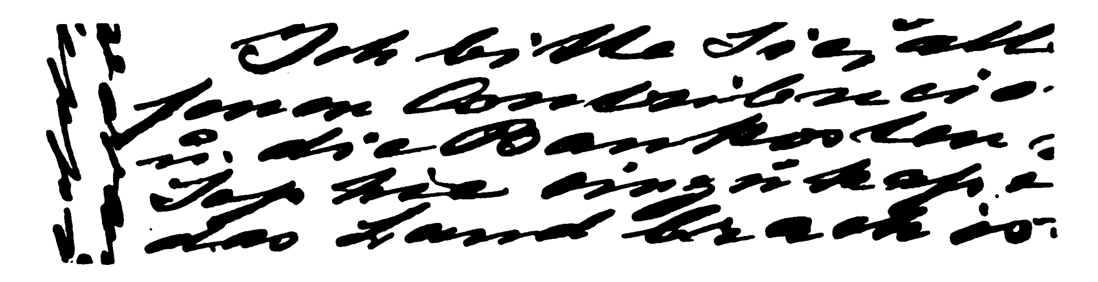
Der Schreiber ist also, alles in allem, kein Mann mit irgendwie hervorstechenden abnormen Zügen. Auch die allgemeine Stimmung entspricht diesem Befunde: sie ist gut und zuversichtlich[9]).

In der nächsten Zeit scheint nun mit St. eine Änderung vor sich gegangen zu sein. Nach (späterer) Aussage der Frau wurde er „unverträglich, herrisch, launenhaft". Vom Geschäft zog er sich zurück, da er angeblich „das Klima nicht vertrug". Ende 1911 machte er — fruchtlos — eine Erholungsreise nach Europa. In seinen Briefen kehrten häufig Klagen über seine „Nerven" wieder. Das Verhältnis zu seiner Ehefrau wurde schlechter.

Aus dieser Zeitperiode, drei Jahre später als I, stammt die Schriftprobe II, die der letzten Seite eines Briefes an die Mutter entnommen ist. Das Briefpapier ist Quartformat. Was finden wir?

II. (November 1912.)

Zunächst fällt auf, daß die Schrift druckstärker ist als in I. Zeilen



[1]) Oben geschlossene a, c, d; u-Haken in Zeile 2 und 4, Worte manchmal kleiner werdend.

[2]) Sehr kleiner Neigungswinkel.

[3]) Weite Schrift.

[4]) Zart geschwungene Anstriche.

[5]) Einfache Buchstabenformen.

[6]) Form der Endstriche.

[7]) Aufwärts geschwungener u-Haken, Zeile 1; letztes r, Zeile 4.

[8]) Mäßiger Druck, doch sind manche Schleifen ganz zugeschliffen.

[9]) Steigende Zeilenrichtung.

und Worte sind enger aneinander gerückt. Deutlich sinkende Zeilenrichtung. Der Neigungswinkel sinkt gar unter 30, stellenweise bis auf 20 Grad. Die ganze Schrift erhält dadurch etwas auffällig Flaches. Der Verbundenheitsgrad ist sehr stark herabgegangen. Er beträgt nur noch $\frac{3,44}{6}$ oder $\frac{1.}{1,744.}$ Das heißt, mit je einem Anstrich werden durchschnittlich nur noch 1,744 Schriftkontinua gezogen, — gegen 2,22 in der ersten Probe.

Der Schriftduktus hat sich im Sinne der Arkadenbevorzugung verändert: nicht nur die m und n sind arkadenartig gebaut, sondern auch die u. Häufig findet sich die graphologisch als „gestützte Nebenrichtung" bezeichnete Erscheinung: der an einen Grundstrich unmittelbar ansetzende Haarstrich wird in demselben Grundstrich erst noch ein Stück hinaufgeführt, ehe er abzweigt. Auch da, wo in Probe I sich Basisbögen finden, z. B. am Ende der kleinen d, ist jetzt ein Winkelzug getreten.

Die Schleifen sind in weit höherem Umfange verschliffen, als in I. Man vergleiche das H der Probe II, Zeile 2, mit dem H in Probe I, Zeile 4; das b in Probe I, Zeile 4, mit dem b in Probe II, Zeile 2. Das e in Probe II ist fast durchweg verschliffen, oft auch das a, und zuweilen das c und das o. Der t-Schlußriegel ist klecksig. Überhaupt macht die ganze Schrift einen klecksigeren Eindruck. Die Schlußschleife des b ist weiter durchgezogen, also schärfer markiert. Auch der Schlußzug des kleinen s ist im adduktiven Sinne stärker ausgeführt. Stark adduktiv ist auch die Basiskurve des einleitenden F in Zeile 1.

Die Gestalt des w nähert sich mehr der Schulnorm. Das große A ist noch stärker geschlossen als in I. Der Grundstrich des f zeigt eine leichte kolbige Anschwellung. Die Beizeichen sind lückenlos, dabei tiefer gesetzt als in I, nie hinter, sondern häufig vor den Buchstaben. Die i-Punkte meist kurze Striche. Die u-Haken sämtlich vom geschlossenen Typ.

Wir haben also eine ganze Reihe bedeutsamer Abweichungen von der ersten Probe. Die logisch-deduktive Gedankenverknüpfung[1]), die Klarheit des Denkens[2]) hat sichtlich gelitten. Eine gewisse Regsamkeit ist zwar immer noch vorhanden[3]), doch wird sie durch eine Art pedantischer Selbstbeobachtung[4]) entschieden hintangehalten.

Eine bedeutend stärkere Rolle als früher spielt das materiell-

[1]) Herabgehen des Verbundenheitsgrades.

[2]) Zeilen nähergerückt. Gesamteindruck unklarer.

[3]) Strichförmige i-Punkte, die z. T. hoch gesetzt sind.

[4]) Mehrzahl der Beizeichen niedrig, manche vor den Buchstaben gesetzt.



sinnliche Element[1]. Auch sind leichte brutale Anwandlungen[2]) vorhanden, die gut zu diesem Elemente passen.

War der Schreiber vordem verschlossen, so ist er jetzt geradezu unwahr[3]), wie denn untüchtige oder unsoziale Charaktereigenschaften ein unaufrichtiges Wesen oft sekundär erzeugen. Und solcher unsympathischen Züge gibt es noch mehr.

Da ist, neben der wachsenden Sinnlichkeit, ein verstärkter Egoismus[4]). Und da ist schließlich die große innere Haltlosigkeit des ganzen Menschen, die sich in weichlicher Sentimentalität so recht gehen läßt[5]).

Die allgemeine Stimmung zeigt einen bemerkenswerten Umschwung: an Stelle des zuversichtlichen Lebensmutes ist deutliche Gedrücktheit getreten[6]).

Der intellektuell-moralische Rückgang liegt also ohne weiteres auf der Hand. Bedenkt man, daß sich diese Tatsache bereits lange, ehe die Umwelt auf den Verdacht vorliegender Geistesstörung kam, unanfechtbar in der Handschrift offenbarte, so erhellt daraus so recht der diagnostisch-prognostische Wert eben der Handschrift selbst, der dem klinischen Erkennen unter Umständen weit vorauseilen kann.

Probe II involviert ohne Zweifel bereits einen bemerkenswerten Grad geistiger Schwäche, indem die verstärkte Sinnlichkeit, der Egoismus, die Unwahrhaftigkeit nur Einzelzüge eines wohlbekannten Erscheinungskomplexes sind.

In der Tat scheint nun in der Folgezeit die Unsozialität des Pat. zugenommen zu haben. Insbesondere spricht manches aus den — nur lückenhaften — Berichten der Ehefrau für ein sich entwickelndes tieferes eheliches Zerwürfnis zwischen den Gatten, das in wachsenden sinnlichen Bedürfnissen des Mannes sowie in vielleicht ursächlich damit verbundener übertriebener Eifersucht seinerseits den Ursprung hatte. Dieser Zustand hielt sich eine Zeitlang.

Noch in Schriftprobe III, die gleichfalls der lezten Seite eines Briefes an die Mutter entstammt, finden wir kaum eine nennenswerte Veränderung gegenüber II.

III. (März 1913.)

---

[1]) Klecksigkeit, Verschleifungen, Druck.

[2]) Einzelne Kolbenbildungen.

[3]) Ganz überwiegend Arkaden und gestützte Nebenrichtungen. Großes A stärker verschlossen. u-Haken desgleichen.

[4]) Adduktive Schlußzüge am s und b. Gestützte Nebenrichtungen.

[5]) Vermeidung der Geraden in den Grundstrichen. Ungeheuere Verkleinerung des Neigungswinkels,

[6]) Absteigende Zeilen.

Höchstens erscheint bemerkenswert, daß die Zeilen entschieden noch twas näher aneinander gerückt sind, als in II, und ihre Wortelemente ıfolgedessen gelegentlich ineinandergreifen. Ferner fällt die größere Veite der Schrift auf; einige Worte, wie „Herbsttag", „Steppdecke", ind geradezu auseinandergerissen. Beides Momente, die ein Fortschreiten les geistigen Zerstörungsprozesses andeuten.

Der zunehmende Mangel an Klarheit und Distinktheit geht der zunehmenden T r ü b u n g d e s I n t e l l e k t s parallel; und das Weiterwerden der Schrift muß im Sinne einer wachsenden V e r s c h w e n - d u n g s n e i g u n g aufgefaßt werden, wie sie bei ja manchen Schwachsinnsformen nicht so selten ist. Ein gewisses Krankheitsgefühl scheint sich auch hier wiederum in der absteigenden Zeilenführung auszudrücken.

Verfolgen wir nun die psychische Entwicklung weiter. Seit April 1913 befindet sich St. wiederum zu Erholungszwecken in Europa; er ist — nach den voraufgegangenen Zwistigkeiten — ohne Frau gereist und hat sich bei guten Freunden in N. einquartiert.

Diesen guten Freunden fiel nun sehr bald allerlei in seinem Benehmen auf. Er kam mit seinen Sachen, Koffer usw., nicht allein zurecht, zeigte — ganz im Gegensatz zu früher — in seinen Plänen keine Initiative, sprach nur immer von „Reiten" und „Radfahren", ohne beides zur Ausführung zu bringen. Einmal entfernte er sich, ohne etwas zu hinterlassen, vom Hause und nächtigte im Hotel. Das Sprechen fiel ihm schwer. Beim Essen war er ohne die erforderliche feinere Rücksicht, nahm z. B. 3—4mal vom Aufschnitt oder auch Obst, ohne daß es ihm angeboten war. Gelegentlich obszöne Redensarten in Damengesellschaft. Blieb in dem Gastzimmer ruhig wohnen, auch als es für andere erwartete Gäste benötigt wurde. Schließlich siedelte er ins Badepensionat B. über. Dort bändelte er mit der Haustochter, einem ziemlich einfachen Mädchen, an, schenkte ihr Brillantring, Seidenblusen, machte ihr einen schriftlichen Heiratsantrag. Gleichzeitig richtete er zärtliche Briefe an seine legitime Frau, sandte ihr Naschwerk u. dgl.

Bezeichnete sich selbst, auch in Briefen, als „Graf von Gleichen" und sprach die Absicht aus, beim Großherzog seine Erhebung zum Grafen zu beantragen. Dem Fräulein B. wollte er eine Villa kaufen, ihr 10 000 Mk. in bar schenken. Die beiden Frauen sollten zusammenziehen. Er würde ihnen „eine arabische Milchstute" kaufen. Ein andermal erklärte er,

er sei von seiner Frau geschieden, habe sie wenigstens um eine Scheidungsklage ersucht.

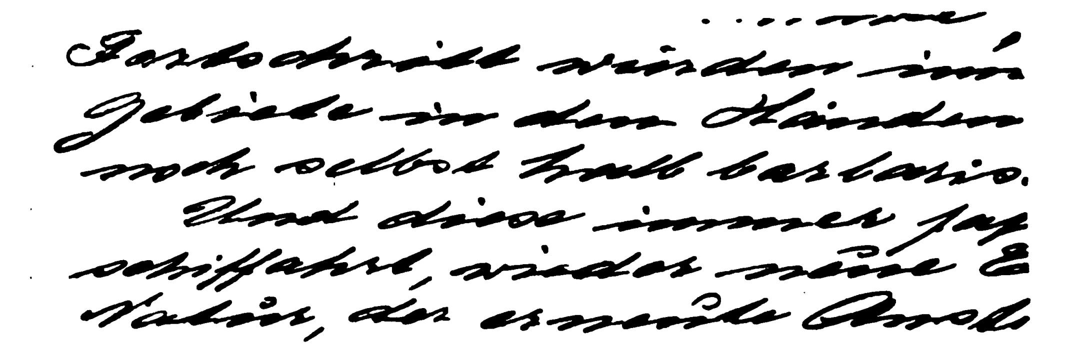
Auf dieses auffällige Benehmen hin erfolgte am 27. Mai 1913 seine Überführung in hiesige Anstalt.

Aus dem *Untersuchungsbefund*: Spuren der Lues nachweisbar. Pupillenreaktion auf Licht beiderseits = 0. Rechte Pupille >. L. Iris eckig verzogen. Romberg +. Silbenstolpern, kombiniert mit Stottererscheinungen. Personalien im ganzen richtig. Alphabet unrichtig reproduziert. Rechenaufgaben fehlerhaft gelöst. Merkfähigkeit stark herabgesetzt. Größte Urteilsschwäche in bezug auf seine ganze Lage.

Aus dem Verlaufe: Pat. erzählt, „er habe zwei Frauen, denn er könne ja zwei vögeln". Von der ersten sei er „wegen unüberwindlicher Abneigung geschieden, habe sie aber sehr lieb". Die Anstalt nennt er eine „Mörderhöhle" und drängt auf das lebhafteste hinaus. Engagiert Pfleger nach Südamerika; sie sollen dort „blau-silberne Livree" tragen. Der Oberarzt soll verhaftet, die Anstalt auf 100 000 Mk., dann auf 200 000 Mark Schadenersatz verklagt werden. Pat. plant einen Landkauf um 3 Millionen Mk. Will dem Kaiser vorschlagen, daß sein ostpreußischer Heimatort Festung werde. Will sich in den Reichstag wählen lassen, eine große Weinexportfirma gründen. Verfaßt zahlreiche Briefe in diesem Sinne.

Zuweilen Klagen über Augenflimmern. Hie und da naß. Gang oft eigentümlich unsicher. Viele Briefe an nähere und fernere Verwandte und Freunde. Sie sollen kommen und ihn mit Anwendung von Revolvern befreien. In den Schriftstücken viele *Buchstabenauslassungen*. Zuweilen wird der ganze — zum Vorsatz gehörige — *Nachsatz vergessen*. Immer wieder ist die Rede von des Pat. „kerniger, strotzender Gesundheit", von seinem „Glücksgefühl". So heißt es einmal: „Ich bin der glücklichste Mensch, ich liebe und werde wieder geliebt!"

In Schriftprobe IV haben wir eine graphische Äußerung aus dieser Zeit manifester und exazerbierter Geistesstörung. Die Probe ist, wie



ausdrücklich bemerkt sei, mit einer spitzen Feder geschrieben, mittels der ich selber beim entsprechenden Versuch nur ziemlich dünne und

spitze Züge hervorzubringen vermochte. Sie ist der letzten Seite eines auf Quartformat geschriebenen Briefes an einen guten Bekannten entnommen.

IV. (Juli 1913.)

Die Schriftanalyse ergibt folgendes Bild:

Die Schrift ist sehr druckstark und weit größer als in den vorigen Proben. Grund- und Haarstrich unterschieden. Zeilenrichtung leicht ansteigend. Neigungswinkel 30—20 Grad. Verbundenheitsgrad $\frac{3,5525}{6}$ oder $\frac{1}{1,69}$. Er ist also gegen früher noch weiter zurückgegangen. (In II betrug er 1 : 1,744.) Die Zeilen sind wiederum dicht aneinander gerückt und greifen jetzt weit störender ineinander, als in III (siehe die Zeilen 4—5). Die Schrift ist sehr weit; so zwar, daß manche Worte geradezu auseinandergerissen sind (z. B. „Sophie", Zeile 4). Auch der Rand ist beschrieben.

Schriftduktus: vorwiegend Winkelbildung, daneben Arkaden und gestützte Nebenrichtungen. Alle Buchstaben sind möglichst breit und schwer hingesetzt, besonders manche Majuskeln, wie das J (Zeile 1), das C (Zeile 2), das B (Zeile 3).

Sämtliche Schleifen sind verschliffen, auch jedesmal die e, zuweilen auch das o und a. Die ganze Schrift macht demzufolge einen hochgradig verkleckstenEindruck.

Interpunktion regelrecht. i-Punkte in wechselnder Höhe, sehr dicke, kurze Striche, über, vor, hinter dem zugehörigen Grundstrich. u-Haken (Zeile 3) völlig eingerollt. C oben geschlossen. Meistens auch a und o. Gelegentlich treten leichte Tremorerscheinungen auf, so im Anstrich des S von „Sophie", Zeile 4; ferner im Anstrich des b von „Contribucio", Zeile 2, usw.

Das Schriftbild zeigt also allerlei tiefgreifende Abweichungen von II und III. Dies jedoch in dem Sinne, daß bereits in II und III einsetzende seelische Veränderungen in IV einen ganz extremen Grad erreichen.

Beherrscht wird das graphische Bild von den Merkmalen weiteren Intelligenzrückganges[1]) und fortschreitender Charakter-Degeneration: sinnlich-materielle Neigungen[1]) stehen durchaus im Vordergrunde. Von dem alten Idealismus ist keine Spur mehr vorhanden. Der Kranke gibt sich seiner Leidenschaftlichkeit völlig

[1]) Unklares Gesamtschriftbild. Rand beschrieben. Zeilen ineinandergreifend. Sinkender Verbundenheitsgrad. Dazu Andeutungen von Tremor (vgl. hierüber meine Arbeit „Über graphologische Merkmale des Schwachsinns", soeben erschienen im „Arch. f. Psychiatrie").

[2]) Hochgradige Klecksigkeit. Schleifen verschmiert. Starker Druck. Dicke, fast teigige Schrift.



unbeherrscht[1]) hin. Er neigt in hohem Grade zur Verschwendung[2]) und befindet sich — im Gegensatz zu früher — jetzt in deutlich gehobener Stimmung[3]).

Die sich unter der freundlichen Maske[4]) bergende innere Unwahrhaftigkeit[5]) und Unliebenswürdigkeit[6]) sind dieselben geblieben. Auch die ausgesprochenen Größenideen haben ihre graphische Korrespondenzerscheinung[7]).

Wir haben es demnach mit einem Expansivstadium des paralytischen Grundleidens zu tun. Mit einem Stadium, das sich besonders charakterisiert durch die innere Gegensätzlichkeit der expansiven Erscheinungen (Größenideen, Verschwendungssucht, Gehobenheit) zu dem degenerativen Absturz des Charakters und vor allem: zu der ganz offenkundigen, fortschreitenden Verblödung, die in den körperlichen Lähmungserscheinungen wichtige Begleitmomente aufweist (Pupillenreaktion, Blase, Gang).

Dieses leicht manisch gefärbte Krankheitsstadium hielt ein paar Monate an, um dann allmählich abzuklingen. Der Pat. wurde je einer Fieberkur mittels Natrium nucleinicum- und Tuberkulininjektionen unterzogen, und es scheint nicht ganz ausgeschlossen, daß das hierauf erfolgende Einsetzen der Remission mit dieser Therapie in ursächlichem Zusammenhange steht. Jedenfalls trat im September eine gewisse Beruhigung ein. Der Pat. gab seine erotischen Wünsche auf, sah einen Teil der gemachten Fehler ein und produzierte keine Größenideen mehr. Die Stimmung wechselte zwischen leichter Gehobenheit und weinerlicher Resignation. Nur augenblickweise schien eine wirkliche Krankheitseinsicht zu dämmern. Der Kranke drängte nicht mehr so leidenschaftlich fort, sondern ließ sich — sanftem Zwange folgend — gutwillig die Behandlung gefallen, die er anfangs strikte abgelehnt. Gelegentlich wurde er ins Haus des behandelnden Arztes gezogen, wo er sich als wohlerzogener, äußerlich freundlicher, im ganzen stiller und durch Stottern arg behinderter Gast erwies. Gesellschaftliche Verstöße kamen nicht vor.

Dieses Verhalten zeigte sich eine Reihe von Wochen von Bestand.

---

[1]) Minimaler Neigungswinkel.

[2]) Sehr weite Schrift.

[3]) Leicht ansteigende Zeilen.

[4]) Leichtgeschwungene An- und Endstriche.

[5]) C, a, o geschlossen. u-Haken eingerollt. Arkaden, gestützte Nebenrichtungen.

[6]) Neben Arkaden häufige Winkelbindung.

[7]) Weit größere, druckreichere Schrift. Breiter, aufgeblasener Duktus, besonders in den Majuskeln.



ıde Oktober konnte der Kranke deshalb als „gebessert" zu seiner Familie tlassen werden.

Im November richtete er von dort aus an mich das Privatschreiben, ssen letzter Seite die Schriftprobe V entnommen ist. Die Schrift steht,

e ein Blick lehrt, in scharfem Gegensatze zu der vorigen Probe IV und hert sich zweifellos den älteren graphischen Seelenzuständen. Beachten wir sie näher.

V. (November 1913.)

Schrift mäßig klar, läßt einen sich etwas nach unten verbreiternden Rand frei. Zeilen greifen nicht ineinander, sind jedoch nicht so deutlich eschieden wie in I. Die Weite entspricht etwa Probe II, auch die Druckverhältnisse. Neigungswinkel 25—35 Grad. Der Verbundenheitsgrad beträgt $\frac{3,0944}{6}$ der $\frac{1}{1,939}$. Er ist also gegenüber II merklich gewachsen (bei II betrug er $\frac{1}{1,744}$), ohne jedoch die Höhe von I zu erreichen.

Schriftduktus: Arkaden und Winkelbindung gemischt. Buchstabenform unverändert. Nur das G zeigt eine andere Form, mit stärker geschwungenem Anstrich. Schleifen fast durchweg sauber ausgezogen. Nur das e ist öfters, die Schlußschleife des t stets verschliffen, das a und o nie.

u-Haken sowie a und o oben geschlossen. Die gerade Linie wird n den Grundstrichen vermieden, — wie übrigens auch in den früheren Proben (vgl. die d und h!).

Der Auslauf des T-Daches, sowie der Anstrich des G zeigen lebhaften Schwung. i-Punkte über oder hinter den Grundstrich gesetzt, mittelhoch: als kurze derbe Striche, die im ganzen mehr Probe IV als Probe II—III ähneln. Zeilenrichtung ansteigend.

Alles in allem wird man demnach sagen dürfen, daß Probe V pathographologisch zwischen I und II rangiert. Dahin gehört sie rücksichtlich Verbundenheitsgrad, Verschleifungen, Neigungswinkel, Weite und Druck. Es handelt sich also nicht etwa um eine völlige Restitutio ad integrum, die eine völlige Rückkehr zum Graphismus I involvieren würde, sondern nur um eine weitgehende Remission, die ihre Begrenzung findet durch



den zweifellos gebliebenen Defekt: Eine gewisse Intelligenzschwäche[1]), verbunden mit einiger Neigung zum Verschwenden[2]) und erotisch sinnlichen Gehenlassen[3]), ist noch immer vorhanden. Was an Willenskraft in dem Manne ist — und das ist nicht allzu viel[4]) —, ist fast rein affektiv[5]). Gleichwohl ist die Allgemeinstimmung des Kranken jetzt entschieden besser, zuversichtlicher und optimistischer[6]) und nähert sich auch in diesem Punkte dem Seelenzustand der Probe I.

Fassen wir alles zusammen, so dürfte in der Tat der weitgehende Parallelismus von Geisteszustand und Schrift als erwiesen gelten. Und dies nicht nur für die manifeste, selbst dem Laien als solche erkennbare Krankheitsperiode — Probe IV —, sondern auch für die schleichenden Initialstadien, wie sie sich in Probe II und III zeigen. Viele Monate, ehe es zum Ausbruch auffälligerer Erscheinungen kam, setzten bereits graphische Veränderungen ein, die den Kundigen ohne weiteres auf allerlei Veränderungen im Geistesleben des Schreibers hätten aufmerksam machen können. Wäre das geschehen und wäre der Patient schon damals einer ärztlichen Untersuchung zugeführt worden, so ist der Gedanke nicht von der Hand zu weisen, ob nicht ein frühzeitig eingeleitetes Kurverfahren das stürmische Hervorbrechen der späteren gesteigert pathologischen Erscheinungen verhindert oder doch wenigstens gemildert haben würde. Zum mindesten aber wäre die Familie des Kranken, statt sozusagen vom Blitz aus heiterem Himmel überrascht zu werden, gewarnt gewesen und auf die Möglichkeit einer herannahenden schweren Erkrankung rechtzeitiger aufmerksam geworden, als dies so der Fall gewesen.

---

[1]) Unklarere Schriftanordnung als in I, Herabgehen des Verbundenheitsgrades.

[2]) Weite Schrift.

[3]) Verschleifungen: leichte Verschmierung. Dazu minimaler Neigungswinkel.

[4]) Außer mäßigem Druck und einigen wenigen Winkeln kein Spannungszeichen (wie Enge, Steile, Sinistrogyrität). Vermeidung der geraden Linie.

[5]) Reine Schrägschrift.

[6]) Steigende Zeile.



Ein Beitrag zur Kasuistik des Stotterns[1].

Von

Dr. Titius, Oberarzt.

Bei Geisteskrankheiten erleidet die Sprache ausgiebige Veränderungen, auch wenn man ganz von dem Inhalt absieht, der die Wahnideen und Stimmung der Kranken erkennen läßt.

So unterliegt nach *Kraepelin* die Klangstärke der sprachlichen Äußerungen weitestgehenden Schwankungen, vom unbändigsten Brüllen bis zum leisesten Flüstern, wie man es einerseits bei heftigen Erregungszuständen der Manischen, Katatoniker, Paralytiker und anderseits bei Gehemmten beobachtet. Sobald die Bedeutung des Gedankeninhalts für die sprachlichen Äußerungen in den Hintergrund tritt, macht sich die Neigung zu rhythmischer Gliederung der Rede bemerkbar. Auch die Reden manisch Kranker sind häufig rhythmisch gegliedert, dazu nicht selten gereimt. Doch dürfte bei ihnen wohl außer dem Zurücktreten des Gedankeninhalts auch die psychomotorische Erregung eine Einstellung auf regelmäßige Wiederkehr ähnlicher Sprachinnervationen begünstigen. Es ändert sich bei Geisteskranken die Aussprache der einzelnen Buchstaben. Sie erfolgt in Erregungszuständen überstürzt, vielfach in abgekürzter Form, bei leiser Sprache undeutlich und verwaschen. Die Satzbildung geht in Erregungszuständen meist verloren und es kommt statt dessen ein zusammenhangloses Gemenge von abgerissenen Bruchstücken zustande. Schließlich erleidet das Zeitmaß der sprachlichen Äußerungen Veränderungen. In Depressionszuständen ist es verlangsamt, umgekehrt dagegen ist die Folge der Sprachbewegungen im Erregungszustande beschleunigt. Wir sprechen hier von einem Rededrang, der ein fließendes Fortsprechen ohne Punkt und Komma zu erzeugen pflegt. Beim Manischen haben wir es mit einem Mitteilungsdrange zu tun, der nur einen Teil seines Betätigungsdranges darstellt.

Im Gegensatze hierzu hat *Knapp* einige Fälle von funktionellen Psychosen veröffentlicht, bei denen sich eine vorübergehende Sprachstörung im Sinne des Stotterns bemerkbar machte. Bei seinen Fällen handelte es sich entweder um agitierte Angstpsychosen oder periodische Manien. Das Stottern war vom angeborenen nicht zu unterscheiden,

[1]) Aus der Provinzialirrenanstalt Allenberg (Ostpr.).





war nur vorübergehend und nur für einige Tage bemerkbar. Zu anderen Zeiten ließ sich der Sprachfehler nicht nachweisen.

Auf Grund seiner Beobachtungen kam er zu der Überlegung, daß es sich bei dem Stottern um eine perverse Funktion des Sprachapparates handelt, und nahm an, daß die stotternde Sprache als parakinetisches Symptom anzusehen sei.

In hiesiger Anstalt hatte ich Gelegenheit, interessante Beobachtungen hinsichtlich des Stotterns zu machen, die mir immerhin als Beitrag zur Kasuistik des Stotterns erwähnenswert erscheinen. Es handelt sich um zwei Geisteskranke, von denen der eine an Katatonie, die andere an manisch-depressivem Irresein litt. Bei beiden verschwand in Zeiten heftigster Erregung der angeborene Fehler des Stotterns vollkommen und stellte sich wieder prompt ein, wenn die Ruhe eingetreten war.

1. Emil H., Bäckergeselle, stammt, soweit bekannt, aus gesunder Familie. Eine Schwester ist taubstumm, ein Bruder ist oft mit dem Strafgesetzbuch in Konflikt geraten. Als Kind hat er Masern gehabt. H. stottert angeblich von Jugend auf. Er hat die Schule mit gutem Erfolge besucht, war fleißig und bescheiden. Als Bäcker war er tüchtig und ordentlich. Vom Militär wurde er wegen des Stotterns nach 4 Wochen entlassen. Mit 21 Jahren fing er an über Kopfschmerzen zu klagen, wurde schlaflos, apathisch, appetitlos, äußerte Versündigungsideen, müsse sterben, betete viel. Später machte er verschiedentlich Selbstmordversuche, wurde verwirrt und kam in die hiesige Anstalt. Hier war er anfangs ängstlich, weinerlich, dann ausgesprochen stuporös. Allmählich schwanden die Krankheitserscheinungen, so daß H. nach zehnmonatigem Anstaltsaufenthalte entlassen werden konnte. Während seines Hierseins stotterte er stark. Es wurde ihm besonders schwer, die Anfangsbuchstaben auszusprechen, er mußte mehrere Male ansetzen, dann sprach er den Satz ganz glatt zu Ende. Der Nervenstatus ergab: Steigerung der Sehnenreflexe an Armen und Beinen und erhöhte Muskelerregbarkeit. H. hielt sich ein Jahr lang draußen, wechselte aber häufig die Stellung, kam dann in Erregung und wurde in die Anstalt einer andern Provinz eingeliefert. Hier beobachtete man bei ihm ausgesprochen katatone Züge, er verbigerierte, grimassierte, nahm gezwungene Stellungen ein, es traten Bewegungsstereotypien auf, er war negativistisch, läppisch und albern in seinem Wesen. Während dieser Zeit stotterte er. In die hiesige Anstalt überführt, kam er nach anfänglicher Ruhe in starke Erregung, lief ruhelos umher, zerriß seine Wäsche, griff die Umgebung an. Dabei war er zornig, schimpfte in den gemeinsten Ausdrücken, oder er war vergnügt, pfiff, sang und schwatzte ununterbrochen in unzusammenhängender Weise. Die Worte sprudelte er nur so hervor, die Sprache war glatt und





end. Seither wechseln bei H. kurze Zeiten starker Erregung mit anhaltenden Phasen leichten Stupors, in welch letzteren er sich unter eitung fleißig beschäftigt. Es wiederholt sich dabei immer die Ereinung, daß die Sprache während der Erregung glatt und fließend ist, rend sich beim Beginn der Ruhe prompt das Stottern wieder einstellt.

2. Paula B., Lehrertochter, ist erblich belastet. Die Mutter ist ch der ersten Entbindung geisteskrank gewesen, eine Schwester der itter war längere Zeit geisteskrank, ein Bruder der Mutter ist sehr ners, eine Schwester der B. ist geisteskrank. Als Kind hatte die B. Masern. stottert von Jugend auf. In der Schule hat sie ausreichend gelernt. r Behandlung ihres Sprachfehlers soll sie mehrere Kurse durchgemacht ben, die kaum einen Erfolg aufwiesen. Von jeher zeigte sie ein eigenmliches, verschlossenes Wesen. Mit 22 Jahren wurde sie verändert, izbar, lachte viel, zeigte Bewegungsdrang und wurde sehr unruhig, so aß sie in eine Klinik und dann in die hiesige Anstalt gebracht werden ußte. Hier bot sie bei der Aufnahme das ausgesprochene Bild der Manie, ar in dauernder motorischer Unruhe, zeigte eine gehobene heitere Stimung, sang, pfiff, schwatzte fortwährend in ideenflüchtiger Weise, in gendem Tempo, mit ununterbrochenem Redeschwall, reimte dabei und eß sich nicht fixieren. Die Sprache war glatt, fließend, von Stottern nichts u bemerken. Nach ca. 8 Wochen beruhigte sie sich, und nun trat das Stottern stark hervor. Sprach man sie an, so bekam sie die ersten Worte och ganz gut heraus, dann aber wurde es ihr infolge des Stotterns fast nmöglich überhaupt noch ein Wort hervorzubringen. Sehr ausgeprägt waren die krampfhaften Mitbewegungen der mimischen Gesichtsmuskuatur. Der Nervenbefund bei der körperlich gesunden B. ergab nur Tremor ler gespreizten Finger und der ausgestreckten Zunge. Die B. blieb gleichnäßig ruhig, zeigte sich weder deprimiert noch gehemmt und konnte ald als gebessert entlassen werden. Zu Hause änderte sich ihr Zustand ehr bald, sie wurde gereizt, dann traurig, äußerte Selbstmordideen, tat ichts mehr, blieb zu Bett, so daß sie nach sechswöchiger Abwesenheit ieder in die hiesige Anstalt gebracht wurde. Hier war sie kurze Zeit eprimiert — stotterte dabei stark —, kam dann in eine kurzdauernde ypomanische Phase, in der sie beim Sprechen kaum anstieß, und wurde ann schwer deprimiert und ängstlich. Hierbei und später während der arauffolgenden ruhigen Zeit trat das Stottern wieder in alter Stärke uf. Sie übte im Takt zu lesen, dabei stieß sie nur wenig an. Nach der ntlassung hielt sich die B. 2½ Jahre zu Hause, kam dann aber wieder egen starker Erregung hierher zurück. Auch dieses Mal stellte sich as Stottern, das während der manischen Phase vollkommen fehlte, rompt mit dem ersten Beginn abklingender Erregung wieder ein. Die . starb an Suizid durch Erhängen zur Zeit einer Depression.

Zwecks Deutung dieser auffallenden Erscheinung bezüglich des





Stotterns möchte ich zunächst die Erklärungen einzelner Autoren über diesen Sprachfehler anführen.

Kraepelin erwähnt das Stottern bei Besprechung der Phobien und sagt: „Ein Beispiel ist das Verlegenheitsstottern als dessen krankhafte Ausbildung das dauernde Sprachstottern vielfach anzusehen ist.“

Raecke erklärt das Stottern für eine Störung der Aussprache, wobei Verständnis und Finden der Worte nicht beeinträchtigt ist. Es entsteht durch einen Krampf in der Sprachmuskulatur. Der Stotterer klebt am Worte oder an einem Laute fest, wiederholt ihn immer wieder, bis er mit gewaltsamer Anstrengung den Krampf durchbricht. Bei psychischer Erregung verschlimmert sich das Stottern. Charakteristisch sind die krampfhaften Muskelspannungen und Mitbewegungen im Gesicht.

Ähnlich hält *Oppenheim* das Stottern für eine spasmodische Form der Sprachstörung, bei der krampfhafte Muskelkontraktionen die Sprechwerkzeuge in der zur Bildung eines Lautes erforderlichen Stellung festhalten, so daß der Sprechende an diesem Laute festklebt oder beim Versuch, weiterzugelangen, denselben mehrfach wiederholt, bis schließlich das ganze Wort gewaltsam hervorgestoßen wird. Es kommt dabei auch zu Mitbewegungen und krampfhaften Kontraktionen der Muskeln, die sonst an der Artikulation nicht beteiligt sind. Das Stottern steht in naher Beziehung zu den Beschäftigungsneurosen.

Nach *Ziehen* stellt Stottern eine eigenartige Form spastischer Mitbewegungen im Bereiche der Phonationsmuskulatur dar.

Fuld hält das Stottern für eine ataktische Koordinationsneurose, bei der echte Krämpfe als Nebenerscheinungen teils in Form von Mitbewegungen im Gesicht oder als Intentionskrämpfe beim Beginne des Sprechaktes auftreten.

Simon bezeichnet das Stottern als den Ausdruck einer meist ererbten nervösen Diathese. In einer von ihm beobachteten Familie waren einzelne Glieder mehrerer Generationen Stotterer. In einem anderen Fall trat bei einer Choreatischen, sobald die Anfälle sich einstellten, Stottern auf. Auch hier war der Großvater Stotterer.

Schrank hält das Stottern für ein zentrales Leiden. Er erklärt es als lokalisiertes Angstgefühl ähnlich der Platzangst oder dem Höhenschwindel. Er empfiehlt dagegen Beseitigung des Angstgefühls und Hebung des Willens.

Höpfner erklärt in einer neueren Arbeit das Stottern als ataktisches Sprechen, das seine Ursache nur entweder allein im Chok oder in einer dissoziativen Beeinflussung der Koordination haben kann.

Es sind sich die meisten Autoren bis in die neueste Zeit darin einig, daß das Leiden ein Symptom einer gewissen neuropathischen Veranlagung mit darstellt. Alle jedoch, wie *Höpfner* ausführt, zeigen in der Behandlung der Erforschung des Gegenseitigkeitsverhältnisses zwischen Sym-



ptom und Ursache eine gewisse Einseitigkeit. Sie ignorieren dabei meist die Tatsache, daß das Stottern nicht bedingunglos auftritt, wie z. B. beim Fehlen eines Stiftes auf einer Spieldosenwalze, sondern nur bedingungweise. Es wird z. B. ein b vom Stotterer nicht immer, sondern nur dann gestottert, wenn es seiner subjektiven Ansicht nach eine hervorragende Stellung im Worte, wie zu Anfang eines Wortes oder einer Silbe einnimmt.

Die zurzeit vorherrschende Meinung ist also die, daß es sich beim Stottern um eine Koordinationsstörung handelt, die nicht organisch bedingt ist, sondern auf nervöser Basis beruht. Der Psyche ist bei dem Leiden eine große Rolle zuzuschreiben. Nach *Ziehen* hängt der Einfluß der Affekte auf den formalen Ablauf der Ideenassoziationen fast ausschließlich von ihren Vorzeichen ab. Traurige oder depressive Affekte (mit — Vorzeichen) verlangsamen den Vorstellungsablauf, heitere oder exaltierte Affekte (mit + Vorzeichen) beschleunigen ihn. Ganz dasselbe gilt im allgemeinen auch von den Handlungen. Depressive Affekte führen langsam und spärlich zu Handlungen, exaltierte Affekte schnell und ausgiebig. In gleicher Weise wird die Sprache, die zu den Ausdrucksbewegungen gehört, von den Affekten beeinflußt und zeigt deshalb Lust- und Unlustbetonungen. Auch die einzelnen Teile unseres Sprechwerkzeuges, selbst wenn sie momentan nicht zur sprachlichen Koordination benötigt werden, dienen gerade mit Vorliebe den Affekten zur Ausdrucksbewegung. Dies gilt besonders von der Atmungsmuskulatur, von der Stimme und von der mimischen Muskulatur, die ja z. T. mit der Artikulationsmuskulatur identisch ist. Auch der normal sprechende erwachsene Mensch steht mit seiner Sprache stets unter dem Einfluß der Affekte. So können nach *Gutzmann* z. B. Verlegenheit, Schuldgefühl, ängstliche Vorstellungen, Ehrfurcht, Zweifel am eigenen Können usw., andererseits erhöhte Seelenstimmungen, Freude, Stolz, Selbstbewußtsein die freie Verfügung des sprachlichen Ausdrucks fördern oder hemmen, je nach der Art des Affektes.

Beim Stotterer erzeugt namentlich bei zunehmender Intelligenz der Vergleich der eigenen Sprache mit der normal sprechender Menschen, Verspotten durch Mitschüler usw., sehr starke negative Affekte, die zur Verschärfung des Übels führen. Es gibt aber auch, wie *Gutzmann* ausführt, eine Anzahl von Stotterern, bei denen diese affektive Verschärfung des Übels vermißt wird, und wo die Affekte keinen größeren Einfluß auf die Sprache haben, als beim normalen Menschen. Weiter ist es bekannt, daß viele Stotterer Gedichte fließend hersagen, im Takt ohne anzustoßen lesen können, und daß das Stottern beim Singen verschwindet. Dies erklärt sich am ungezwungensten wohl aus dem Lustgefühl, das der rhythmischen Gliederung eigen ist, ähnlich z. B. wie uns die flotte Marschmusik vorbeiziehender Truppen veranlaßt, uns dem Rhythmus und Takt unwillkürlich anzupassen. Der Zorn kann unter Umständen wie bei jedem

Menschen auch die Rede des Stotterers hemmen, es kommt aber umgekehrt vor, daß ein starker Stotterer im Zorn ganz fließend spricht. *Gutzmann* erwähnt einen Fall, wo eine Frau, die im gewöhnlichen Leben stark stotterte, auf Fragen, die ihr Gemüt heftig erregen mußten, z. B. ob sie gelogen, ob sie sexuell mit anderen Männern verkehrt habe, fließend sprach.

Aus obigen Ausführungen geht hervor, daß der Affekt in innigem Zusammenhange mit der Sprache steht und beim normal sprechenden Menschen wie beim Stotterer hemmend oder fördernd auf sie wirken kann.

In meinen beiden Fällen hat der freudige resp. zornige Affekt während der ganzen Dauer seines Bestehens den Ablauf der Sprache gefördert und den Sprachfehler aufgehoben. Dieser Affekt, das gehobene Selbstbewußtsein, der erleichterte Gedankenablauf, der Mitteilungsdrang, ließen die Kranken ihr angeborenes Leiden vergessen und den Sprachfehler verschwinden, schalteten jene Faktoren, wie Verlegenheit, ängstliche Vorstellungen, Zweifel am eigenen Können, Vergleich der eigenen Sprache mit der normal sprechender Menschen, die unter Umständen das Leiden verschärfen, aus. Beide sprachen während der Erregung fließend, und der angeborene Sprachfehler stellte sich erst beim Schwinden der Erregung ein.

Literaturverzeichnis.

1. *Fuld*, Das Stottern. Zeitschr. f. prakt. Ärzte.
2. *Gutzmann*, Das Verhältnis der Affekte zu den Sprachstörungen. Zeitschr. f. klinische Medizin, Bd. 57. Sonderabdruck.
3. *Höpfner*, Stottern als assoziative Aphasie. Zeitschr. f. Pathopsychol. Bd. I, Heft 2/3.
4. *Knapp*, Sprachstörungen bei funktionellen Psychosen. Monatsschrift f. Psychiatrie, Bd. 23.
5. *Kraepelin*, Psychiatrie, 8. Aufl.
6. *Liebmann* u. *Edel*, Sprache der Geisteskranken. Halle 1903.
7. *Oppenheim*, Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 1902.
8. *Räcke*, Grundriß der psychiatrischen Diagnostik. 1910.
9. *Schrank*, Das Stottern. Wien. med. Zeitung.
10. *Simon*, Influences héréditaires et diathesiques sur le begaiment.
11. *Ziehen*, Psychiatrie.



Aus der Praxis der Entmündigung wegen Trunksucht.

Von

Oberarzt Dr. **Schott**, leit. Arzt der Heil- u. Pflegeanstalt Stetten i. R.

Von der Entmündigung wegen Trunksucht hat man sich dereinst viel im Kampfe gegen den Alkohol versprochen und gar mancher ist schwer enttäuscht worden. Die Zahl der stattgehabten Entmündigungen wegen Trunksucht ist eine außerordentlich geringe geblieben und dürfte im ganzen Deutschen Reich jährlich 1000 kaum wesentlich übersteigen. Für das Königreich Württemberg ergaben sich folgende Ziffern: im Jahre 1903 entfallen von 213 beschlossenen Entmündigungen 28 = 13,14%, 1904 von 226 27 = 11,4%, 1905 von 181 29 = 16%, 1906 von 145 32 = 22,1%, 1907 von 154 12 = 7,8%, 1908 von 155 36 = 23,2% und 1909 von 154 34 = 22,1% auf Entmündigung wegen Trunksucht. Es ergibt sich somit bei 1228 beschlossenen Entmündigungen des Zeitraums 1903/1909 für die Entmündigung wegen Trunksucht ein Prozentsatz von rund 16%. Diese Tatsache muß auffällig erscheinen, wenn man sich vor Augen hält, daß das Königreich Württemberg im Alkoholverbrauch recht weit vorne geführt wird und nach einzelnen Statistiken sogar an zweiter Stelle im Deutschen Reich marschieren soll. Auf das Königreich Bayern, welches den verhältnismäßig größten Verbrauch geistiger Getränke aufweist, entfallen nach *Polligkeit* [1] jährlich durchschnittlich nur 60 Entmündigungen wegen Trunksucht. *Aschaffenburg* [2] glaubt, daß man sich von der Wirksamkeit der Entmündigung wegen Trunksucht mehr versprochen hat, als sie zu halten imstande ist. Den mangelhaften Erfolg sieht er darin, daß dem Staatsanwalt das Recht entzogen ist, den Antrag auf Entmündigung wegen Trunksucht zu stellen.



Über den Begriff der Trunksucht ist von juristischer Seite schon unendlich viel gesprochen und geschrieben worden, ohne daß dadurch die Sachlage wesentlich geklärt worden wäre. Die Juristen haben sich weiterhin schon die Köpfe darüber zerbrochen, was den Gesetzgeber veranlaßt hat, auf eine Definition des Begriffes „Trunksucht" zu verzichten. In den Protokollen II. Lesung[3], den eigentlichen Gesetzesmotiven, findet sich nur der kurze Satz: „Zur Bestimmung der Voraussetzung der Entmündigung bedarf es einer näheren Definition des Ausdrucks Trunksucht nicht." Die juristische Praxis neigt dazu, in ihr einen unbesiegbaren Hang zum übermäßigen Trinken, eine wirkliche Krankheit zu sehen. Trunksucht ist nach *Endemann*[4] „der pathologische Zustand, vermöge dessen der Erkrankte dem unwiderstehlichen Zwange zum Trinken unterliegt, wobei die eigenartigen schädigenden Wirkungen des Alkohols sich in besonderer durch den krankhaften Gehirnzustand beeinflußten Art äußern." Mit dieser juristischen Begriffsbestimmung können wir Irrenärzte uns im allgemeinen einverstanden erklären. Die logische Folge der juristischen Anerkennung, daß Trunksucht eine Krankheit ist, wäre die gesetzlich festgelegte Forderung der Zuziehung ärztlicher Sachverständiger in allen denjenigen Entmündigungsfällen, bei welchen der Alkohol eine ausschlaggebende Rolle spielt. Da wir Irrenärzte wissen, daß sowohl der übermäßige Genuß geistiger Getränke als auch die krankhafte Reaktion auf solchen nicht nur der Trunksucht im engeren Sinne eigen sind, sondern sich bei verschiedenen Geistesstörungen finden, so ist es nur berechtigt, zu verlangen, daß in der Irrenheilkunde vorgebildete Ärzte als Sachverständige zugezogen werden.

Wie verhält es sich nun mit diesen Forderungen in der Praxis? Der Gesetzgeber hat die Zuziehung eines ärztlichen Sachverständigen bei der Entmündigung wegen Trunksucht nicht ausdrücklich vorgeschrieben, denn ZPO. § 680 verweist nicht auf die §§ 654—656. Es ist also dem Belieben des Richters anheimgestellt, ob er einen ärztlichen Sachverständigen zuziehen will oder nicht; tatsächlich geschieht dies viel zu selten. Zahlreiche Richter halten die Entmündigung wegen Trunksucht für sehr unpraktisch; sie hat nach ihnen nur Wert bei Vermögenden zur Erhaltung ihres Vermögens. Bei Unvermögenden sei sie zwecklos und vermehre nur den häuslichen Unfrieden. Aus dieser Überzeugung heraus rät der Richter vielfach den antragstellenden Ehefrauen ab, worauf



die letzteren fast stets den Antrag auf Entmündigung wegen Trunksucht zurücknehmen.

Aus dem Angeführten geht hervor, daß die Stimmung der Juristen der Entmündigung wegen Trunksucht von Anfang an nicht günstig war und daß sich diese Abneigung auch in der Praxis betätigte. Dem Gesetzgeber kann daraus kein Vorwurf abgeleitet werden. Das BGB. schreibt in § 6, Z. 3 vor: „Entmündigt kann werden, wer infolge von Trunksucht seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag oder sich oder seine Familie der Gefahr des Notstands aussetzt oder die Sicherheit anderer gefährdet.“ Die Handhabung dieser Gesetzesvorschrift läßt bei einem großen Teil der Richter das Verständnis für den vorbeugenden, fürsorglichen Charakter der Entmündigung wegen Trunksucht mehr weniger vollständig vermissen; nirgends wird der Nachdruck auf die Gefahr des Notstandes gelegt, gewöhnlich werden Maßnahmen ergriffen erst, wenn ein schreiender, nicht mehr zu beseitigender Notstand vorliegt.

Waldschmidt[5] berechnet 27% aller Fälle in den Irrenanstalten als auf Trunksucht zurückführbar. *Endemann*[4] nimmt an, daß etwa ein Drittel der öffentlichen Armenlasten auf die Rechnung des Alkoholismus zu schreiben ist; andere Berechnungen gehen noch wesentlich höher. Eine einigermaßen zutreffende Feststellung ist m. E. jedoch nur möglich, wenn Irrenarzt und Verwaltungsmann zusammenarbeiten; erst dann wird es möglich sein, die oft verwickelten Beziehungen des Alkoholismus einigermaßen klarzustellen. Unsere kleine Zusammenstellung wird ebenfalls für den Zusammenhang des Alkoholismus mit körperlichen Erkrankungen einen Beitrag liefern.

Was die beschlossenen Entmündigungen des Zeitraums 1903/09 betrifft, so weist das Jahr 1906 einen jähen Absturz auf, welchem in den Jahren 1907, 1908 und 1909 nur ein geringer Anstieg folgt, während die Entmündigungen wegen Trunksucht erst im Jahre 1907 eine Abnahme um 62% erfahren, um im Jahre 1908 wieder um 66% in die Höhe zu gehen. Einen Grund für diese enorme Schwankung konnte Verf. nicht ausfindig machen. Die prozentuale Beteiligung der Entmündigung wegen Trunksucht bewegte sich zwischen 8 und 23% und betrug im Mittel 16%. Ein Zusammentreffen von Bevölkerungsdichte mit der Zahl der Gesamtentmündigungen für die vier Kreise Württembergs war nicht gleichmäßig zu erheben; bei zwei



Kreisen überstieg der Prozentsatz der Entmündigungen denjenigen des Bevölkerungsanteils, in zwei blieb er darunter.

Auf Geisteskrankheit und Geistesschwäche, welche in der Statistik des Justizministeriums leider nicht getrennt geführt werden, entfielen 75%, auf Trunksucht 16% und auf Verschwendung 9% der Entmündigungen.

Die nachfolgenden Ausführungen umfassen zunächst die Fälle von Entmündigung wegen Trunksucht im Sinne des BGB. Eine Beleuchtung aller derjenigen Fälle, in denen Trunkfälligkeit eine Rolle spielt, folgt an zweiter Stelle; es wird sich dann zeigen, daß der Alkohol eine weit bedeutendere Rolle spielt, als aus der verhältnismäßig geringen Zahl der Entmündigungen wegen Trunksucht hervorzugehen scheint. In 136 Fällen von Entmündigung wegen Trunksucht ergab das Studium der Akten folgendes: Was die Beteiligung der Geschlechter betrifft, so entfallen auf das männliche Geschlecht 120 = rund 88% und auf das weibliche 16 = 12%. Die Beteiligung des weiblichen Geschlechts mit 12% dürfte höher sein, als gewöhnlich angenommen wird. Nach dem Stand sehen wir 80 = 59% als verheiratet, 29 = 21% als verwitwet, 24 = 18% als ledig und 3 = 2% als geschieden bzw. getrennt lebend aufgeführt. Während von den Ledigen 5,5% und von den Verheirateten 7,5% auf das weibliche Geschlecht entfallen, erhöht sich bemerkenswerterweise dieser Prozentsatz bei den Verwitweten auf 28% und bei den geschieden bzw. getrennt Lebenden sogar auf 33$^1/_3$%. Es scheint, daß bei diesen letzten beiden Gruppen der Wegfall des männlichen Schutzes den haltlosen Naturen zum Verderben geworden ist. Bei dem männlichen Geschlecht betragen die Verheirateten 60%, dann folgen die Ledigen mit 19%, die Verwitweten mit 18% und die geschieden bzw. getrennt Lebenden mit 2%.

Wenn wir die wegen Trunksucht Entmündigten nach dem Beruf ordnen, so marschiert an der Spitze das Handwerk mit 36%, dann folgt die Landwirtschaft mit 30%, Taglöhner mit 10%, Sonstiges mit 9%, Wirtsgewerbe und Weingärtner mit je 7% und Fabrik mit nur 1%. Die stärkste Beteiligung des weiblichen Geschlechtes findet sich mit 30% bei der Landwirtschaft, mit 15% bei Sonstigem, mit 10% beim Wirtsgewerbe und mit 7% beim Taglohn. Berücksichtigen wir, daß der Stand der Wirte und Weingärtner gegenüber



der Landwirtschaft und dem Handwerk zurücktritt, so erweist sich die prozentuale Beteiligung der ersteren als erheblich, wie es ja auch zu erwarten ist. Einen gewissen Einblick in die Wirkungsweise des Alkohols ergibt die Betrachtung des Alters zur Zeit der Entmündigung wegen Trunksucht; wir sehen, daß von unseren 136 Entmündigten die größte Beteiligung beider Geschlechter das fünfte Jahrzehnt (41.—50. Lebensjahr) aufwies, ihm folgten das sechste und siebente, dann das vierte und dritte und schließlich das achte. Diese Verteilung auf die einzelnen Lebensalter gibt der Vermutung Raum, daß die schädlichen Folgen der Trunksucht, welche meist seit vielen Jahren schon bestanden hat, im fünften Lebensjahrzehnt sich hauptsächlich geltend machen. Dieses Lebensjahrzehnt ist auch sonst bedeutungsvoll, da sich in ihm die Rückbildungsvorgänge bei beiden Geschlechtern einzuleiten pflegen, um im sechsten und siebenten sich weiterhin zu vollenden.

38 wegen Trunksucht Entmündigte sind in der Zwischenzeit gestorben und deren Todesursache festgestellt worden. Jn erster Linie steht ein Herzleiden und zwar in 13 Fällen = 34%, dann kommt der Selbstmord in rund 16%, die Lungentuberkulose in 14%, Lungenentzündung und Leberzirrhose in je 10%; auf Delirium tremens, Gehirnlähmung, Leberkrebs, Magenkrebs, Altersschwäche und Unglücksfall kommt je 1 Fall = 2,6% unserer kleinen Statistik. Von den 38 Gestorbenen waren 4 weiblichen Geschlechts, von denen 3 an Herzleiden und 1 an Altersschwäche gestorben sind. Die größte Sterblichkeit mit 31% weist das fünfte Lebensjahrzehnt auf 41.—50. J.), ihm folgt mit rund 29% das sechste, dann mit 21% das siebente und mit 13% das achte; auf das vierte und dritte Lebensjahrzehnt entfallen je 3%.

Bedeutungsvoll ist noch die Berücksichtigung des Zeitraums, welcher zwischen Entmündigung und Tod gelegen ist; es ergibt sich hierbei, daß rund 40% der wegen Trunksucht Entmündigten schon innerhalb Jahresfrist gestorben sind, weitere 30% starben in den nächsten 2 Jahren, und nur 30% lebten noch länger als 3 Jahre nach der Entmündigung. Es ist diese Tatsache ein weiterer Beleg dafür, daß die Entmündigung wegen Trunksucht in der Mehrzahl der Fälle viel zu spät beschlossen wird. Dies kann, wie wir oben besprochen haben, nicht dem Gesetzgeber zur Schuld angerechnet

werden. Es spricht der Gesetzgeber klar und deutlich von einer G e f a h r des Notstandes, wobei noch zu bedenken ist, daß es nirgends geschrieben steht, diesen Notstand ausschließlich rein finanziell zu beurteilen. Es steht nichts im Wege, unter den Begriff „Notstand“ auch körperliche Erkrankung sowie körperlichen und geistigen Rückgang mitbewertend unterzuordnen. Wie von juristischer Seite die Entmündigung wegen Trunksucht aufgefaßt und gehandhabt wird, wird uns im folgenden noch zu beschäftigen haben. Aus den Entmündigungsakten geht einwandfrei hervor, daß die Richter sehr ungern an die Entmündigung wegen Trunksucht herangehen, nicht selten darauf hinwirken, daß der Antrag zurückgenommen wird, und stets eine Häufung der Voraussetzungen für die Entmündigung wegen Trunksucht zur Begründung heranziehen. Eine Berücksichtigung des Momentes der Gefahr des Notstandes finden wir so gut wie nie; im Gegenteil liegen traurige Belege dafür vor, wie nach Ablehnung des Entmündigungsantrages Zustände gezeitigt werden, in denen die dann später doch noch ausgesprochene Entmündigung wegen Trunksucht gänzlich wertlos ist. Wir sehen überall das Überwiegen des rein formalen juristischen Denkens und Beschließens gegenüber dem Gedanken der Fürsorge, des sozialen Schutzes, welchen der Gesetzgeber zweifellos im Auge gehabt hat. Den beredtesten Ausdruck der herrschenden juristischen Auffassung stellt die landesgerichtliche Zurückweisung der vom Kläger eingelegten Beschwerde gegen den abweisenden Beschluß des Kgl. Amtsgerichts X. dar.

Der Richter I. Instanz hatte sich in einer 45 Seiten langen Begründung bemüht, die Voraussetzungen für die Entmündigung sowohl wegen der Trunksucht als auch wegen Verschwendung als nicht gegeben zu beweisen. Dieser Auffassung schließt sich das Landgericht an, indem es unter anderem sagt: „. . . Dieser Umstand (nämlich daß der Beklagte innerhalb einiger Monate zahlreiche Exzesse verübt hat) ist geeignet, die Schlüssigkeit der auf die Vergangenheit gegründeten Annahme, daß ein gleichmäßig fortwirkender Trieb zur Verschwendung vorliege, erheblich abzuschwächen. Andererseits ist nicht zu verkennen, daß, je mehr der Beklagte auf den Abwegen der verschwenderischen Asotie beharrt, um so rascher auch die natürliche Beendigung der Exzesse durch den Tod des 56 Jahre alten, schon jetzt körperlich heruntergekommenen Mannes erfolgen wird... Alles in allem ist gegenüber dem Entmündungsantrag davon auszugehen, daß es sich n i c h t d a r u m h a n d e l t , e i n V e r m ö g e n z u e r h a l t e n o d e r e i n e n A s o t e n u n d

nker zu bessern; was aber die vom Gesetz statuierten Vor-
etzungen der Entmündigung eines Trinkers oder Verschwenders
ifft, mögen sie seine eigene Person oder die persönliche Sicherheit
das materielle Wohl anderer im Auge haben, treffen solche — jeden-
zurzeit — nicht zu."

Neben dieser engherzigen juristischen Auffassung spielt in dem
liegenden Falle das eingeholte, von einem praktischen Arzte aus-
tellte ärztliche Gutachten eine verhängnisvolle Rolle und hat zweifel-
zur Ablehnung des Entmündigungsantrags wesentlich beigetragen.
ses Gutachten enthält folgende Sätze: „Der zu Begutachtende ist
seit nahezu 11 Jahren bekannt; er ist ein gewohnheitsmäßiger Trinker.
Meist waren es zwei Perioden täglich, in denen er einen gewissen Grad
Betrunkenheit erreichte, die eine bis zur Mittagszeit, die andere gegen
end 8—9 Uhr etwa. Soviel ich weiter beobachten konnte, wechselten
che Zustände mit einigen nüchternen Wochen ab.... Aus dem Zeugen-
rhör ergab sich, daß auch seine geistigen Fähigkeiten angezweifelt
rden. Ich selbst halte ihn durchaus nicht für geisteskrank oder geistes-
hwach, denn er war trotz allem ein guter Haushalter in seiner Wirt-
haft, wenn auch immer etwas zu Geiz geneigt, und hat niemals trotz
iner Trunksucht Zeichen von geistiger Abnormität geboten... denn
h glaube nicht, daß man ihm nachweisen kann, daß er irgend etwas
örichtes in nüchternem Zustand ausgeführt habe. Allerdings beherrscht
n seine Trunkfälligkeit dermaßen, daß nur jetzt infolge der geringeren
armittel und der fehlenden Gelegenheit, an seine eigenen Getränke zu
ommen, eine gewisse Ruhezeit sich eingestellt hat. Es ist deshalb anzu-
ehmen, daß er sein altes Leben in bezug auf Trinken und Verschwenden
ofort wieder anfangen würde, wenn er freie Bahn hätte. Die Trunksucht
st bei ihm schon zu einem so tiefsitzenden Laster geworden, daß er bei
einer geringen Willenskraft ohne Beihilfe nicht mehr Herr über die-
lbe werden wird und es sehr fraglich ist, ob ein Aufenthalt in einer
rinkerheilanstalt irgendwelchen Erfolg noch haben kann... Bei dem
ständigen Zustand von Alkoholvergiftung, der mit wenigen Ausnahmen
i X. sich vorfindet, bei seiner Charakterschwäche und der leichten
öglichkeit, ihn zu beeinflussen (in schlechtem Sinne), läßt sich nicht
nehmen, daß er gegenwärtig fähig wäre, sein Vermögen selbständig zu
rwalten, ohne wieder in nutzlose Verschwendung zu kommen....
h habe aber in meinem Gutachten ausdrücklich angegeben, daß bei X.
mer wieder kurze Zeiträume bestanden, in welchen er nüchtern war
d einen ruhigen Eindruck machte. Es ist deshalb durchaus nicht aus-
schlossen, daß er gerade an solchen Tagen vernünftige Handlungen
rgenommen haben kann."

Es ist begreiflich, daß auf ein derartiges Sachverständigengut-
hten hin der Richter nicht aufgeklärter war als zuvor und sich zu einer
ntmündigung nicht entschließen konnte, doch hätte er dem Antrag




des klägerischen Rechtsanwalts, ein ärztliches Obergutachten einzuholen, Folge geben sollen. Alles das erfolgte im Jahre 1906. Im Mai 1909 stellen die Angehörigen des X. erneut Antrag auf Entmündigung wegen Trunksucht und Verschwendung, eventuell wegen Geistesschwäche. Die Beweisaufnahme ergibt, daß X. in diesen 3 Jahren über 58 000 Mk. verausgabt und seine 35 Jahre jüngere Konkubine geehelicht hat, mit welcher der nunmehr 59jährige ein Kind gezeugt haben soll! Der Sachverständige des ersten Verfahrens wird als Zeuge vernommen und gibt unbeirrt durch die Tatsachen an: „Das von mir im Jahre 1905 erstattete Gutachten halte ich für den damaligen Zeitpunkt und auch heute noch für richtig... X. soll im Jahre 1908 2 Monate lang immer zu Hause sich aufgehalten haben und die meiste Zeit im Bett gelegen sein. Hierbei soll er eine große Menschenscheu gehabt haben. Es wäre dies als ein Rückschlag des früheren übermäßigen Alkoholgenusses sehr wohl zu erklären. Ich glaube, daß seine geistigen Kräfte gegen das Jahr 1905 notgelitten und nachgelassen haben... es besteht ein Zustand chronischer Alkoholvergiftung. Dieser Zustand läßt sich jedoch nicht ohne weiteres als Geistesschwäche bezeichnen, da durch eine entsprechende Behandlung z. B. in einer Trinkerheilanstalt möglicherweise eine Besserung eintreten kann. Bei dem Alter des X. ist der Erfolg einer solchen Kur schwer vorherzusagen; zu befürchten ist, daß unter dieser Kur seine Körperkräfte zusammenbrechen. In Anbetracht der chronischen Alkoholvergiftung, unter der X leidet, erscheint es mir zweifelhaft, ob X. auch in nüchternem Zustand fähig wäre, seine Angelegenheiten zu besorgen..."

Auf das klare, eindeutige Gutachten eines beamteten Arztes spricht ein anderer Richter als im ersten Verfahren die Entmündigung des X. wegen Trunksucht und Geistesschwäche aus! Auch hier sehen wir wieder die Neigung der Juristen zur Häufung; es hätte vollständig genügt, wenn die Entmündigung wegen Geistesschwäche oder Trunksucht allein beschlossen worden wäre. Die Entmündigung wegen Trunksucht und Verschwendung finden wir verhältnismäßig häufig in den Akten vor, ferner Geistesschwäche, Verschwendung und Trunksucht sowie in einem Fall Trunksucht und Geisteskrankheit. Dieses Bestreben, das Konto des zu Entmündigenden möglichst zu belasten, läßt sich beim Juristen dadurch erklären, daß er immer und überall in der Entmündigung eine Strafe und zwar eine sehr empfindliche Strafe erblickt, welche mit der hochtrabenden Bezeichnung des „bürgerlichen Todesurteils" bedacht zu werden pflegt. Wie wir sehen werden, fühlen sich die Entmündigten durchaus nicht tot, sondern entfalten vielfach ein reges Leben. Hin und wieder hört man bei Debatten über die Entmündigung wegen



Trunksucht die schöne Phrase vom „Rechtsempfinden des Volkes“. Hierbei muß nun gesagt werden, daß bei den 136 Entmündigungen wegen Trunksucht nirgends Andeutungen dafür vorliegen, als ob die Zeugen gegen die Entmündigung des Trunksüchtigen wären. In den Fällen, welche die Ablehnung der Entmündigung wegen Trunksucht betreffen, und welche einer gesonderten Besprechung unterzogen werden sollen, findet man das Gegenteil der obigen Befürchtung, nämlich die Tatsache, daß ein großer, vielfach überwiegender Teil der Zeugen die Entmündigung für angezeigt erachtet. Sobald der Jurist die Erkenntnis in sich aufgenommen hat und als solche wirken läßt, daß die Entmündigung eine Fürsorge-, eine Schutzmaßregel für Individuum und Allgemeinheit darstellt, so wird er sich nicht mehr so lange bedenken, dem Betreffenden die W o h l t a t und nicht die Strafe der Entmündigung zuteil werden zu lassen.

Eine ähnliche Auffassung kommt in einem landgerichtlichen Abweisungsbeschluß zum Ausdruck, in welchem es heißt: „... Es kann nicht Sinn und Zweck des Gesetzes sein, daß eine Entmündigung erst statthaft ist, wenn der Trunksüchtige sein Vermögen verloren hat. Es muß vielmehr genügen, wenn Anzeichen dafür vorhanden sind, daß bei einer Weiterwirtschaftung in der bisherigen Weise der Ruin unausbleiblich ist.“

Bei Befolgung dieses Grundsatzes wäre manche dringliche Entmündigung zustande gekommen und viel Unglück verhütet worden!

In unseren 136 Fällen von Entmündigung wegen Trunksucht wurden in 69 = 50% ärztliche Gutachten eingefordert; darunter war nur zweimal ein Irrenarzt zugezogen. In etwas mehr als der Hälfte obiger 69 Fälle wurde der beamtete Arzt, sonst ein praktischer Arzt zu Rate gezogen. Auffällig ist der Unterschied bei den einzelnen Amtsgerichten; wir finden solche, bei denen fast regelmäßig ein ärztliches Gutachten einverlangt wird, während bei anderen dies nie oder fast nie der Fall ist. Nach den Vorschriften der Zivilprozeßordnung kann der Amtsrichter einen Sachverständigen hören, muß es aber nicht.

Daude [6] sagt: „Die Zuziehung von Sachverständigen zu der persönlichen Vernehmung des zu Entmündigenden kann, wenn es sich um Trunksucht und eine oft damit zusammenhängende geistige Erkrankung handelt, n i c h t f ü r u n z u l ä s s i g erachtet werden.“ Obgleich ein großer Teil namhafter Juristen, ich nenne nur *Planck*, *Oertmann*, *Daude*, *Endemann* u. a., den k r a n k h a f t e n Charakter der Trunksucht betont



haben, ist die Forderung der Zuziehung eines ärztlichen Sachverständigen im Gesetze nicht festgelegt. *Samter*[7] führt aus: „Wo Müßiggang und leichtsinniger Lebenswandel verbunden mit einer Hinneigung zu Spirituosen vorliegt, wird unter Umständen eine Strafe Wandel schaffen. Sie wird da wirksam sein können, wo es sich lediglich darum handelt, ein Laster zu bekämpfen. Von einem Laster des Trinkens wird man aber nur so lange sprechen können, als der Zustand des Trinkens noch nicht einen krankhaften Charakter angenommen hat. Daß auch die Fälle der ersteren Art sehr zahlreich sind, ist unzweifelhaft, und es wird häufig sehr schwer sein, zu unterscheiden, wo das Laster aufhört und die Krankheit beginnt. § 361, 5 wird da anwendbar bleiben, wo der Zustand des Trinkers eben noch nicht die Natur einer Krankheit angenommen hat. Ob dies der Fall, wird allerdings wohl nur der Arzt entscheiden können."

§ 361, 5 des StrGB. lautet: „Mit Haft wird bestraft, wer sich dem Trunk, Spiel oder Müßiggang dergestalt hingibt, daß er in einen Zustand gerät, in welchem zu seinem Unterhalte oder zum Unterhalte derjenigen, zu deren Ernährung er verpflichtet ist, durch Vermittlung der Behörde fremde Hilfe in Anspruch genommen werden muß." Leider wird von diesem § 361, 5 außerordentlich selten Gebrauch gemacht und doch könnte er eine brauchbare Waffe im Kampfe gegen den Alkohol bilden. Es liegt hier ein ganz analoger Nichtgebrauch vor wie bei § 362 StrGB., der die Unterbringung im Arbeitshaus bis zu 2 Jahren gerade auch für trunkfällige Personen gestattet. Im Jahre 1912 kam im Königreich Württemberg kein einziger derartiger Fall zur Vollstreckung!

Der logische Widerspruch, welcher darin steckt, daß die Trunksucht einerseits als krankhafte Erscheinung auch von juristischer Seite anerkannt wird, während andererseits die Zuziehung eines ärztlichen Sachverständigen bei der Entmündigung wegen Trunksucht im Gesetz nicht vorgeschrieben ist, findet seine psychologische Erklärung in der Befürchtung der Juristen, es mögen die Psychiater zu übermächtig werden. Daß dem so ist, ergeben die Ausführungen der Reichstagskommission[16], wo u. a. der Wunsch lebhaft betont wurde, es möge jede nur denkbare Garantie für die Rechtssicherheit geschaffen werden, da die Entmündigung einem zivilrechtlichen Todesurteil gleichkomme. Ein Mitglied der Kommission forderte dringend die Zuziehung von Schöffen, welche als Vertrauensmänner für das erregte Volksgefühl beruhigend wirken

sollten. Es sagte, „wenn das Übel von übereilten Entmündigungen, wie vielfach angenommen werde, in der Alleinherrschaft der Psychiater läge, so würden die Schöffen dagegen ein heilsames Gegengewicht bilden".

Bei solcher Auffassung an maßgebender Stelle ist es durchaus nicht verwunderlich, wenn wir in zahlreichen verspäteten und damit wert- und nutzlosen Entmündigungen wegen Trunksucht die praktischen Ergebnisse dieser Theorie vor Augen haben. Bedeutungsvoll ist schließlich noch der preußische Erlaß[8] des Ministers des Innern vom 16. November 1899, welcher vom Entmündigungsantrag abschreckt und zwar wegen der Möglichkeit von Schikanen und aus übertriebener Furcht vor vermeintlich drohender Armenlast. Nach unserer Aktenkenntnis ist genau das Gegenteil der Fall: Der Trunksüchtige quält und bedroht seine Angehörigen und seine Umgebung meist jahrelang in brutalster und gemeinster Weise, und die drohende Armenlast wird zur traurigen Wirklichkeit, weil die Entmündigung meist erst nach eingetretener Verarmung in Kraft tritt, statt einer solchen, wie es der Gesetzgeber im Auge hatte, vorzubeugen. Daß bei der Zuziehung von ärztlichen Sachverständigen bei der Entmündigung wegen Trunksucht nur solche in Frage kommen, welche über ein gründliches irrenärztliches Wissen verfügen, ergibt sich schon aus dem Angeführten. Nur derartige Sachverständige sind in der Lage, die mancherlei Beziehungen der Trunksucht zu anderen krankhaften Erscheinungen und Äußerungen klarzustellen und darzulegen. Es wird wohl dem praktischen Arzt selten möglich sein, sich ein richtiges Urteil z. B. darüber zu bilden, ob die vorliegende Trunksucht endogen oder symptomatisch ist — eine Unterscheidung, welche praktisch wichtige Konsequenzen schon hinsichtlich der Annahme des Entmündigungsgrundes hat. Die Befürchtung von der Alleinherrschaft der Psychiater auf dem Gebiete der Rechtsprechung ist geradezu lächerlich — steht ja doch dem Richter nach wie vor die freie Beweiswürdigung zu, welche ihm meines Wissens noch niemals ein Psychiater zu entreißen gestrebt hat. Bedauerlich ist bei dieser ganzen Auseinandersetzung die Erkenntnis, wie gering das soziale Empfinden in vielen Juristenkreisen ist. Das wird auch durch ein neues Gesetz nicht anders; hier hilft nur das heiße Bestreben, sich gründlich auf



anderen Wissensgebieten und nicht zum wenigsten auf dem der Psychiatrie umzusehen und durch gegenseitige Aussprache und Belehrung Förderung zu empfangen und zu geben.

Die Bestimmung der Trunksucht im Sinne des Gesetzes ist nicht mit mathematischer Sicherheit durchzuführen; der willkürliche Faktor ist leider dabei nicht auszuschalten. Die in Juristenkreisen gangbare Definition bedeutet: „Trunksucht ist der krankhafte Drang nach übermäßigem Genuß geistiger Getränke, welchem der Befallene nicht widerstehen kann, und welcher seine Geisteskräfte unterjocht und seinen Willen lähmt." Je größer die Erfahrung des Richters und des Arztes ist, desto geringer wird der willkürliche Ausschlag sein. Es ist zuzugeben, daß Trunkneigung, Trunkliebe, Trunkfälligkeit Stufen auf dem Wege zur Trunksucht sind, und daß überall fließende Übergänge bestehen. Daraus ergibt sich auch die Schwierigkeit, das Laster von der Krankheit zu scheiden, und deshalb ist es auch berechtigt, wie der Gesetzgeber zuläßt, die Entmündigung auszusetzen, wenn begründete Aussicht auf Besserung vorhanden ist. Die Aussicht wird sich dann als hinfällig erweisen, wenn wir es mit der wahren Trunksucht zu tun haben, deren Charakteristikum eben die Unfähigkeit ist, aus eigenem Willen auf dem Wege der Besserung zu verharren. Da nun der Jurist diese Möglichkeit hat, versuchweise vorzugehen, so ist es umsoweniger erklärlich, warum er so lange mit der Entmündigung wegen Trunksucht zögert. Eine ganz merkwürdige Beurteilung des Wertes der Entmündigung wegen Trunksucht findet sich in einem amtsrichterlichen Urteil, in welchem der Befürchtung Ausdruck verliehen wird, es könnte der Trunksüchtige durch die Entmündigung noch tiefer sinken (!?).

Wenn wir zu dem Erfolg der Entmündigung wegen Trunksucht übergehen, so finden wir hier folgende Verhältnisse. Nach den Akten wird in ca. 30% von einer Besserung gesprochen; es ist jedoch darunter keine Besserung im irrenärztlichen Sinne zu verstehen, sondern eine solche im sozialen. Es ist dem subjektiven Ermessen des Begutachters anheimgestellt, ob er einen strengeren oder milderen Maßstab anlegen will. Vom Standpunkte der Abstinenz betrachtet, würden kaum 2—3% herauskommen. Wenn es auch vom ärztlichen Standpunkte aus durchaus berechtigt ist, von jedem Trunk-



ıtigen Abstinenz zu verlangen, so ist es andererseits nicht angig, die Verhältnisse nach diesem bis jetzt leider nicht allgemein ·rkannten Maßstabe zu messen und unter diesem Gesichtspunkt tistisch zu verwerten. Es ist an und für sich sehr schwierig, aus n angestellten Erhebungen sich ein Bild von der Sachlage und sbesondere auch von der Person des Trunksüchtigen zu machen. erf. hat versucht, durch Feststellung desjenigen Bruchteils des ebensunterhalts, welchen der Entmündigte selbst verdient, einen raktisch verwertbaren Anhaltpunkt zu schaffen; allein so einfach egen die Verhältnisse eben nicht. Wir finden vielmehr sowohl in der ıruppe der Gebesserten als auch in der der Ungebesserten Individuen, velche ihren ganzen Lebensunterhalt verdienen. Andererseits sind ınter den Gebesserten Personen, welche nur ein Fünftel bis ein Zehntel ihres Lebensunterhalts leisten, und bei denen eine Besserung der Trunksucht angegeben wird und zwar „von wegen hohen Alters" oder wegen zunehmender Gebrechlichkeit. In diesen Fällen ist es jedenfalls fraglich, ob man von einer durch die Entmündigung hervorgerufenen Besserung sprechen kann und darf. Unbedingt zu den Ungebesserten sind alle diejenigen Personen gerechnet worden, welche zwar imstande sind, den vollen Unterhalt für ihre eigene Person zu bestreiten, von denen es aber heißt: „trinkt, sobald er Geld in den Händen hat".

In den vier Kreisen Württembergs bewegt sich der Anteil der Gebesserten zwischen 26 und 36%, der der Ungebesserten zwischen 57 und 71%, so daß sich bei strenger Berechnung für die ersteren 31% und für die letzteren 66% ergeben. Die fehlenden 3% entfallen auf die vereinzelten Erhebungen, welche ergebnislos verliefen. Von den 87 ungebesserten Trinkern sind 38 = 44% durch Tod abgegangen; es entfällt auf die Gesamtzahl der 136 Entmündigten eine Sterblichkeit von rund 28% für einen Zeitraum von 9 Jahren.

Von den 136 Entmündigten kam nur ein einziger in die Trinkerheilstätte, in welcher er ½ Jahr lang untergebracht war. Nach seiner Entlassung hielt er sich einige Zeit gut, später wurde wieder um Aufnahme gebeten. 9 kamen in die Irrenanstalt, darunter eine Trinkerin; 4 befinden sich noch in der Anstalt. Von den 5 Entlassenen kann nur 1 als gebessert betrachtet werden. 5 werden als Alcoholismus chronicus, 1 als Alcoh. chron. mit Seelenstörung und 3 als Paranoia



in den betreffenden Krankengeschichten aufgeführt. Bei einem noch in der Anstalt Untergebrachten und unter Alcoh. chron. Aufgeführten wird das Bestehen von Sinnestäuschungen hervorgehoben. In den 3 Paranoiafällen werden unangenehme Sensationen, Gehörstäuschungen, Beeinträchtigungs- und Größenwahnvorstellungen betont.

In 13 weiteren Fällen wurde die Entmündigung wegen Trunksucht nach teils kürzerer, teils längerer Zeit wieder aufgehoben; in 7 Fällen war eine gewisse Besserung zu verzeichnen, in 6 Fällen nicht. In 2 dieser 6 Fälle wurde später wieder die Entmündigung ausgesprochen, 2 sind gestorben und 1 ist verschollen.

In 15 Fällen wurde die Entmündigung wegen Trunksucht abgelehnt, da nach richterlichem Ermessen in 14 dieser Fälle die gesetzlichen Voraussetzungen nicht gegeben erschienen. In 1 Fall wurde der Antrag zurückgewiesen, da die Antragsteller noch nicht prozeßfähig waren. Bei 3 dieser 15 Fälle lag dem Richter ein ärztliches Gutachten vor; 2mal erkannte der ärztliche Sachverständige Trunksucht nicht an, im 3. Falle wurde trotz befürwortenden ärztlichen Gutachtens der Antrag abgelehnt. Von den beiden Fällen, in denen der ärztliche Sachverständige Trunksucht nicht als gegeben erachtete, erwies sich diese Annahme in dem einen als berechtigt, in dem anderen als trügerisch. Die nachträglichen Erhebungen ließen in 4 Fällen eine Besserung annehmen und in 11 vermissen. Von den Gebesserten verdienen 3 ihren Lebensunterhalt, 1 nur $^3/_5$. Von den Ungebesserten sind 6 gestorben; 3 befinden sich zu Hause und 2 in einer Anstalt. Von den 3 zu Hause befindlichen verdient je 1 seinen ganzen Unterhalt, bzw. $^2/_5$ und $^1/_4$.

Wegen Verschwendung und Trunksucht wurden 45 Entmündigungen ausgesprochen, über welche nachträglich Erkundigungen einzuziehen gelang. 3 Fälle blieben verschollen. 27% der Entmündigten wiesen Besserung auf, 67% nicht. Rund 20% sind in der Zwischenzeit mit Tod abgegangen; dieselbe prozentuale Beteiligung zeigen diejenigen, welche, sei es vorübergehend, sei es dauernd, in einer Anstalt untergebracht waren. In 1 Fall wurde die Entmündigung 4 Jahre später aufgehoben, ohne daß es zu einem Rückfall kam.

In 6 Fällen wurde der Antrag auf Entmündigung wegen Verschwendung und Trunksucht abgelehnt; in 1 Fall trat 1 Jahr



später der Tod infolge von Lungentuberkulose ein. Einer gilt als durch Verheiratung gebessert, ein anderer arbeitet wenigstens so viel, daß er durch Taglohn seinen Unterhalt bestreitet. Von einem weiteren heißt es, er habe nach Verbrauch seines Vermögens wieder zu arbeiten angefangen und verdiene seinen Lebensunterhalt. Ein anderer, 43 Jahre alt, trinkt nicht mehr, weil er gichtleidend ist. Der sechste endlich hat in 3 Jahren sein Vermögen von 3000 Mk. verpraßt und ist, 46 Jahre alt, auf Armenkosten in einer Pflegeanstalt untergebracht. Bei keinem dieser 6 Fälle wurde erneut der Antrag auf Entmündigung gestellt.

Wegen Verschwendung wurde in 4 Fällen entmündigt. Unter Verschwendung wird nach juristischer Auffassung ein Hang zur zweck- und nutzlosen Vermögensverschleuderung verstanden, welcher die Besorgnis begründet, daß durch entsprechend an den Tag gelegtes Verhalten der Betreffende selbst oder die Familie dem Notstand preisgegeben werde.

Notstand bedeutet nicht die gänzliche, die Mildtätigkeit oder die Armenunterstützung herausfordernde Verarmung, sondern eine Vermögenslage, die ein standesgemäßes Leben des Trunksüchtigen nicht gestattet.

Von den 4 wegen Verschwendung entmündigten Fällen sind 2 als gebessert und 2 als ungebessert zu betrachten. In keinem Falle ist die Entmündigung bis jetzt wieder aufgehoben worden. Die beiden Gebesserten verdienen ihren vollen Lebensunterhalt, der eine der Ungebesserten 90% desselben; über den letzteren äußert sich die Ortsbehörde: „Ist geistig schwach, besitzt etwa 70% Geistesgegenwart gegenüber einem normalen Menschen.“ Der andere Ungebesserte befindet sich in einer Pflegeanstalt und wird als sittlich defekt, geistig und körperlich im Zurückgange begriffen geschildert, was in Anbetracht des Alters von 68 Jahren nicht besonders auffällt.

Wegen Geistesschwäche kamen 7 Entmündigungen zustande, 5 der Entmündigten waren über 50 Jahre alt, 2 71 bzw. 84 J. Der Jüngste war zur Zeit der Entmündigung 22 J. alt.

Der Antrag hatte in diesem Falle auf Geisteskrankheit und Trunksucht gelautet. „Seine Geistesschwäche bzw. Geisteskrankheit äußert sich darin, daß er menschenscheu ist, nicht redet, auf Befragen keine Antwort gibt, einen wirren Gesichtsausdruck zeigt, wochenlang ins Bett

liegt und nichts arbeitet. Wenn er redet, ist es für jeden Dritten erkennbar, daß sein Zustand nicht normal ist. Namentlich in der warmen Jahreszeit ist sein krankhafter Geisteszustand schlimmer, er kann seine Angehörigen grundlos mit Schimpfworten überhäufen, auch sein Gesichtsausdruck zeigt deutliche Spuren geistiger Störung... Er zeigt einen krankhaften Hang zum Trinken..."

Das eine ärztliche Gutachten führt aus: „J. S. ist geistig nicht normal, er ist schwachsinnig, so daß es nicht wahrscheinlich ist, daß er sich selbständig machen und sein Vermögen ordnungmäßig verwalten kann; jedenfalls wird sein Geisteszustand durch den Alkohol noch ungünstiger..."

Der beamtete Arzt äußert sich in seinem Gutachten wie folgt: „... Intelligenz ganz erheblich geschwächt. Sein Gemütsleben zeigt eine auffällige Stumpfheit; vorherrschend ist ein kindischer eigensinniger Egoismus, der keine Rücksichten auf seine Nebenmenschen nimmt. Dabei ist er läppisch, fremden Beeinflussungen und Augenblicksströmungen ganz unterworfen... J. S. leidet an einem mittleren Grad von intellektuellem und moralischem Schwachsinn, also an Geistesschwäche, welche ihm die eigene selbständige Verwaltung seines Vermögens unmöglich macht... Das Gericht beschließt auf diese Gutachten hin, J. S. wegen Geistesschwäche zu entmündigen, dagegen den Antrag, ihn auch wegen Trunksucht zu entmündigen, abzulehnen. Letzteres wird folgendermaßen motiviert: „Des weiteren ist zwar festgestellt, daß J. L. insbesondere, wenn er Geld hat, sich sehr häufig betrinkt, dafür jedoch, daß der Hang zum Trinken bei ihm schon so tief eingewurzelt wäre, daß er ihm nicht mehr widerstehen könnte, fehlt es an dem nötigen Beweise".

5 der 7 Entmündigten sind in der Zwischenzeit gestorben; der eine davon 54 J. alt durch Selbstmord (Erschießen).

Dieser letztere Fall ist dadurch tragisch, daß die Entmündigung nach 1½jährigem Bestande wieder aufgehoben wurde. 1 Jahr später schoß der Betreffende zuerst auf seine Frau und dann auf sich. Dieser Fall fordert zu recht zurückhaltender Beurteilung des Trinkers auch von seiten des irrenärztlichen Sachverständigen auf, wie sich aus folgendem ergibt: Die Ehefrau des E. K. hatte unter dem 18. VIII. 1905 Antrag auf Entmündigung wegen Verschwendung und Trunksucht gestellt. Während die Zeugen Trunksucht bestätigen, spricht sich der beamtete Arzt zurückhaltend darüber aus. Der Direktor einer Irrenanstalt stellt fest, daß E. K. an Alcoholismus chronicus leidet und anstaltsbedürftig ist (4. XII. 5). Das Amtsgericht beschließt unter dem 12. I. 1906, den Antrag abzulehnen und begründet seinen Standpunkt unter anderem wie folgt: ... K. gibt sich demnach öfters übermäßigem Genuß geistiger Getränke hin, er ist ein Trinker, leidet aber nicht an Trunksucht im Sinne des Gesetzes, deren Begriff



ine eingewurzelte, unüberwindliche Neigung zu übermäßigem Trinken, inen *krankhaften* Drang nach Alkohol, der die Geisteskräfte untercht und den Willen lähmt, erfordert. Diese Trunksucht müßte den ranken zur vernünftigen Besorgung aller seiner Angelegenheiten unfähig emacht haben..." Das Landgericht weist die Beschwerde der Ehefrau urück.

Im Laufe des Jahres 1906 erneuter Antrag der Ehefrau: „Wieder vollkommen dem Säuferwahnsinn verfallen und eine Gefahr für seine Umgebung." Das Gutachten eines praktischen Arztes spricht den „Verdacht" aus, daß K. ein Trinker ist. Eine geistige Störung ist nicht festzustellen und ein Anlaß zu sofortigem Einschreiten nicht gegeben. Eine psychiatrische Klinik bezeichnet den K. als „chronischen Trinker". „Infolge seiner Trunksucht ist er an einer länger dauernden Geistesstörung erheblichen Grades erkrankt. Er vermag daher wegen *Geistesschwäche* seine Angelegenheiten nicht zu besorgen." Das Gericht beschließt am 3. I. 07, den K. wegen Geistesschwäche zu entmündigen. „Trunksucht bleibt dahingestellt, etwaige Verschwendung kommt auch nicht in Betracht, da sie im vorliegenden Falle doch nur als Folgeerscheinung der Geistesschwäche anzusehen wäre." Die Anfechtung der Entmündigung wird auf ein irrenärztliches Obergutachten hin abgewiesen.

1907/08 ist K. ½ Jahr lang in einer Irrenanstalt untergebracht. Auf ein weiteres irrenärztliches Gutachten hin, welches betont, daß K. *sich in der Anstalt gut geführt habe*, wird 2 Monate nach der Entlassung aus der Anstalt die mühsam durchgesetzte Entmündigung wieder aufgehoben, um durch Rückfälligkeit zur obengenannten Katastrophe zu führen!

Drei der sieben wegen Geistesschwäche Entmündigten fallen psychiatrisch betrachtet zweifellos unter den Begriff der senilen Demenz.

Auf gewisse juristische Eigentümlichkeiten weisen die folgenden Entmündigungsfälle hin:

a) *Entmündigung wegen Trunksucht und Geisteskrankheit.*

Der einzige vorliegende Fall bezieht sich auf einen zur Zeit der Entmündigung 53 Jahre alten Mann, welcher schon seit längerer Zeit periodisch dem Trunke ergeben ist, wochenweise nichts schafft und im Rausche gewalttätig ist. Zeugen bestätigen Trunksucht. Nach dem Zeugnis des beamteten Arztes ist der Betreffende schon 4mal wegen alkoholischen Irreseins in einer psychiatrischen Klinik gewesen und soll im Juni 1895 einen Selbstmordversuch gemacht haben. Er wird als derzeit geschäftsunfähig und seine Entmündigung als angezeigt erachtet.

Der Beschluß vom 23. III. 03 lautet auf Entmündigung wegen



Trunksucht und wegen Geisteskrankheit. Die Auskunft über die Zeit seit seiner Entmündigung enthält folgendes Bemerkenswerte: „Das Trinken hat wesentlich nachgelassen; er bekommt eben sein Krüglein Most daheim und fürs Wirtshaus kein Geld. Aber die Trunksucht hat sich kaum gebessert. Wo er einmal etliche Mark in die Hand bekommt, werden sie vertrunken. Auch findet er durchaus nichts Schlimmes an seinem Trinken. Er arbeitet ein wenig in der Landwirtschaft... Normal ist sein Geisteszustand nicht; aber das Stimmenhören, Toben usw. hat fast aufgehört... Der Entmündigte grollt immer über seine Entmündigung. Die Seinigen überlegten schon, ob man es mit Aufhebung der Entmündigung versuchen könnte. Aber es ist fast sicher, daß sofort der alte unerträgliche Zustand wiederkehren würde."

Wir sehen hier einen Fall in Freiheit sich bewegen, welcher nach seiner Vorgeschichte Gefahren für seine Umgebung in sich birgt, welche auch jetzt noch in einer Gewalttat sich jederzeit entladen können!

b) Entmündigung wegen Verschwendung und Geistesschwäche.

Auch hier liegt nur ein Fall vor, welcher einen 75jährigen Mann betrifft. Die Entmündigung wegen Verschwendung und Geistesschwäche wurde hauptsächlich auf Grund des Zeugnisses des beamteten Arztes abgelehnt (!). Der Antrag ging von den beiden Söhnen aus und wurde damit begründet, daß der zu Entmündigende zu Verschwendung und Vergeudung neige, an Geistesschwachheit leide, viel trinke und „wahnsinnige Prozesse" führe. Der Gemeinderat äußerte sich dahin, daß seit dem Tode der Frau (1902) der zu Entmündigende mehr als bedürftig trinke, unanständige Reden führe, in betrunkenem Zustande streitsüchtig sei, seine Grundstücke verderben lasse. Früher sei er ein sehr sparsamer Mensch gewesen und führe erst seit einigen Jahren ein ungeordnetes Leben.

Das K. Oberamt bezeichnet ihn als „Säufer und Prozeßkrämer" und fährt dann in seinen Auslassungen fort: „Es ist zweifelhaft, ob die Verminderung seiner Zurechnungsfähigkeit, die zweifellos vorliegt, mehr aufs Trinken oder mehr auf den Einfluß des Alters zurückzuführen ist." Die Zeugen bestätigen „Wirtshaussitzen und Umhertrinken". Allem demgegenüber ist nach dem Gutachten des beamteten Arztes der zu Entmündigende „für sein Alter körperlich und geistig auffallend frisch und rüstig und zeigt keine Spur einer senilen Degeneration". Daraufhin wurde der Antrag natürlich abgelehnt. 2 Jahre später starb er im Alter von 78 Jahren an „Herzklappenfehler". Nachzutragen ist noch, daß ein Sohn an Epilepsie leidet und ein anderer Sohn geisteskrank im Alter von 46 Jahren gestorben ist.

In Rücksicht auf alle diese Umstände muß es doch recht fraglich



erscheinen, ob es nicht möglich gewesen wäre, zur Zeit des Entmündigungsantrages Zeichen von seniler Demenz nachzuweisen.

c) Entmündigung wegen Geistesschwäche, Verschwendung und Trunksucht.

Ebenfalls nur ein Fall. Der Antrag auf Entmündigung ging vom Bruder aus und betonte, daß der zu Entmündigende, welcher damals 36 Jahre alt war, seit etwa 10 Jahren nichts mehr arbeite, Alkoholist und infolge dadurch bewirkter Schwächung geisteskrank sei und an periodischen Wutanfällen leide. Zeugen bestätigen periodische Trunksucht und Verschwendung. Der zu Entmündigende ist erblich schwer belastet (Mutter sehr nervös, ein Stiefbruder der Mutter geisteskrank, Vater an Gehirnerweichung gestorben). Ein ausführliches irrenärztliches Gutachten kommt zu dem Schluß, daß er infolge von Geistesschwäche seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermöge. Daraufhin erfolgte der Beschluß auf Entmündigung wegen Geistesschwäche, Verschwendung und Trunksucht. Der Entmündigte befindet sich in einer Irrenanstalt, woselbst er Stimmungsschwankungen, zeitweise hypochondrische Klagen und Beschwerden, vage Beeinträchtigungsideen und gelegentlich Vergiftungsideen produziert, prinzipiell nichts arbeitet und immer Sehnsucht nach geistigen Getränken an den Tag legt.

Die klinische Einordnung des Falles ist nicht einfach; es wird der Fall von den Spezialkollegen auch jetzt noch verschieden rubriziert. In der allgemeinen Statistik läuft er unter „Entartungsirresein".

Schließlich wären noch zwei Fälle zu besprechen, in denen die Entmündigung wegen Geisteskrankheit in Frage stand. In Fall 1 handelt es sich um einen 39 Jahre alten Wagnermeister, bei welchem die Staatsanwaltschaft Antrag auf Entmündigung wegen Geisteskrankheit gestellt hatte. Das irrenärztliche Gutachten eines Anstaltsdirektors kam zu dem Ergebnis, daß „D. während der hiesigen Beobachtung außer einer ohne äußere Veranlassung entstandenen Verstimmung und Reizbarkeit von einigen Tagen Dauer nichts Krankhaftes bot. Es handelt sich bei D. wahrscheinlich um Dipsomanie, eine Krankheit, die durch anfallweise auftretenden, unwiderstehlichen Drang nach berauschenden Getränken und durch ein einleitendes Stadium von Verstimmung und Reizbarkeit gekennzeichnet ist und der Epilepsie zugerechnet wird. Daß D. infolge dieser Krankheit nicht imstande ist, seine Angelegenheiten zu besorgen, vermag ich nicht zu bejahen. Ob D. neben der auf epileptischer Grundlage einhergehenden Dipsomanie an chronischer Trunksucht leidet, kann nach den widersprechenden anamnestischen Angaben und auf Grund der hiesigen Beobachtung nicht festgestellt werden. Wenn nachgewiesen werden kann, daß D. in seinen periodischen Trunksuchtsanfällen — mögen sie nun epileptisch sein oder nicht — die Sicherheit anderer gefährdet, so

wäre seine Entmündigung gemäß § 6 Abs. 3 BGB. wohl gerechtfertigt.“ Beim Termin am 7. IV. 09 gibt D. ordentlich Auskunft und behauptet, vor einigen Jahren eine Schädelverletzung erlitten zu haben, derzufolge er besonders nach Alkoholgenuß Druck im Kopf verspüre. Das Gutachten des beamteten Arztes bezeichnet D. als erblich belastet, gibt an, daß D. schon zwei Selbstmordversuche gemacht habe und an Dipsomanie leide, sowie in seiner Trinkperiode gemeingefährlich sei.

Das Gericht beschließt unter dem 13. VIII. 09, den Antrag der Staatsanwaltschaft auf Entmündigung des D. wegen Geisteskrankheit abzulehnen, da die Voraussetzungen nicht zutreffen. Die erbetene Auskunft geht dahin, daß D. seinen Lebensunterhalt verdient und geistig normal ist, „solange er arbeitet und dem Trunk sich nicht ergibt“. Jedes Halbjahr ist über D. an das Oberamt zu berichten. Bei dem letzten Bericht war zu bemerken, daß D. seit der letzten Berichterstattung einmal eine Übertretung verübte, die amtsbekannt wurde, indem er seine ledige Schwester und eine Mitbewohnerin des gemeinsamen elterlichen Hauses in einem angetrunkenen Zustande körperlich mißhandelte. D. war im Januar 1913 etwa 14 Tage lang wieder trunkfällig.“

Im zweiten Falle handelt es sich um eine 55 Jahre alte Witwe, welche zweimal wegen Beleidigung bzw. Sachbeschädigung vorbestraft ist. Der Bruder beantragt am 18. II. 03 die Entmündigung wegen Geisteskrankheit und Trunksucht; er bezeichnet seine Schwester als Querulantin, welche schon längst Spuren von krankhafter Störung der Geistestätigkeit aufgewiesen habe und dem Alkohol in dem Maße verfallen sei, daß sie ihre Angelegenheiten nicht zu besorgen vermöge. Die zu Entmündigende ist mit der Entmündigung einverstanden. Das amtsärztliche Gutachten bezeichnet sie als „dauernd geistesgestört und unzurechnungsfähig“. Das Gericht beschließt unter dem 11. V. 03, sie wegen Geisteskrankheit (Alcoholismus chronicus mit Seelenstörung) zu entmündigen. Unter dem 14. V. 04 hebt das Landgericht die Entmündigung wegen Geisteskrankheit wieder auf, nachdem der zugezogene Irrenarzt nur Geistesschwäche und Verminderung der freien Willensbestimmung angenommen hat.

7 Jahre später ist die Betreffende an „Leukaemie“ gestorben, nachdem sich in der Zwischenzeit ein körperlicher und geistiger Rückgang mehr und mehr gezeigt hatte und Zeiten der Aufregung und Trunksucht immer wieder in Erscheinung traten.

Während wir Irrenärzte geneigt sind, je nach der Ursache der Trunksucht, unter Umständen uns für die Entmündigung wegen Geistesschwäche oder wegen Geisteskrankheit auszusprechen, legt der Jurist auf die Ätiologie der Trunksucht keinerlei Wert.

In dem Beschluß eines Amtsgerichts heißt es: „Unerheblich ist dagegen, auf welcher pathologischen Basis sich diese Widerstandslosigkeit gegen den Alkoholgenuß entwickelt hat. Es kann sonach B. trunksüchtig



sein, auch wenn die für chronischen Alkoholismus charakteristischen organischen Veränderungen nicht nachweisbar sind; wenn die jeweils auftretenden Gemütserregungszustände ihn widerstandlos dem Alkohol ausliefern, ist er eben trunksüchtig auf Grund dieser psychopathischen Basis."

Es ist hier noch als ein erfreuliches Zeichen eingehender Kenntnis und Erfahrung aus einem Urteil des Oberlandesgerichts folgendes anzuführen: „... Unerheblich ist ferner, ob der Kläger Zeichen eines chronischen Alkoholismus aufweist und ob aus dem Fehlen solcher Zeichen zu schließen wäre, daß er auch zur Zeit der Erlassung des Entmündigungsbeschlusses nicht an Alkoholerkrankung gelitten habe. Denn nicht immer hat übermäßiger Genuß geistiger Getränke sichtbare Krankheitserscheinungen zur Folge, es gibt erfahrunggemäß Naturen, die dem schädlichen Einfluß des Trinkens lange Zeit Widerstand leisten können..."

Aus dieser Auffassung ergibt sich für den ärztlichen Sachverständigen die an und für sich selbstverständliche Verpflichtung, bei seiner Begutachtung auch den Akteninhalt gebührend zu würdigen und in Rechnung zu ziehen.

Wir finden unter unserem gesamten Aktenmaterial 196 Fälle von Entmündigung, in denen starkes Trinken den Anlaß zur Stellung des Entmündigungsantrages gab; davon wurden 32% als gebessert und 67% als ungebessert in den angestellten Erhebungen bezeichnet. Rund 27% der Entmündigten sind in einem Zeitraum von 10 Jahren gestorben.

In 122 Fällen war ein Entmündigungsverfahren anhängig, bei welchem übermäßiges Trinken eine Rolle spielte. In 22 Fällen = 18% wurde der Antrag von seiten des Gerichts abgelehnt; in 5 von diesen 22 Fällen wird von einer gewissen Besserung berichtet; bei 17 fehlt eine solche. 8 = 36% sind durch Tod abgegangen.

In 100 Fällen = 82% wurde das Verfahren eingestellt, darunter in 94 = 77% deshalb, weil der Entmündigungsantrag zurückgenommen worden ist.

In 6 Fällen = 5% wurde das Verfahren aus anderweitigen Gründen eingestellt, darunter 4mal wegen Ablebens des zu Entmündigenden, welches 2mal durch Selbstmord und 2 mal auf natürliche Weise (Lungentuberkulose bzw. Schlaganfall) erfolgte.

Von den 94 Fällen, in denen die Antragsteller ihren Antrag wieder zurückgezogen haben, läßt sich folgendes sagen: der Antrag



auf Entmündigung wegen Trunksucht wurde in 58 Fällen = 62% gestellt und wieder zurückgenommen. Die angestellten Erhebungen ergaben in 36% eine gewisse Besserung, in 65% fehlte eine solche. Eine nachträgliche Entmündigung erfolgte nur in 3 Fällen. Dreimal wurde wiederholt Entmündigungsantrag gestellt und wieder zurückgenommen, darunter in einem Falle 2mal innerhalb eines Jahres.

In 33 Fällen lautete der Entmündigungsantrag auf Verschwendung und Trunksucht; hiervon soll $^1/_3$ gebessert und $^2/_3$ ungebessert sein. In je 1 Fall wurde Antrag auf Entmündigung gestellt und wieder zurückgenommen wegen Verschwendung, wegen Geistesschwäche und wegen Geisteskrankheit und Trunksucht. Sämtliche 3 Fälle lassen eine Besserung im Laufe der Zeit vermissen. Das häufigste Motiv zur Zurücknahme des Antrags bildet die Angst der Frau vor den Brutalitäten des trunksüchtigen Ehemannes; so heißt es einmal: „Obwohl keine Besserung eingetreten ist, nimmt die Ehefrau den Antrag zurück, da sie befürchtet, daß sie mit ihrem Ehemanne, wenn sie den Entmündigungsantrag aufrecht erhielte, sehr schwer zu leben hätte und auch ihren Kindern diese Blamage nicht antun mag." 3mal wird der Antrag zurückgezogen, nachdem Ehescheidung erfolgt ist, mehrfach nach erfolgter Gütertrennung, nach Verzicht des trunksüchtigen Ehemannes auf eine Erbschaft, nachdem der Trunksüchtige sich zur Aufstellung eines Pflegers bereitgefunden hat. In einem Fall zieht die Mutter den Entmündigungsantrag wegen Trunksucht und Verschwendung ihres Sohnes zurück, „da sie sich von der Verheiratung ihres Sohnes Besserung verspricht"; wie zu erwarten stand, ist nach der Verheiratung das Unglück noch größer als zuvor. Bemerkenswert ist fernerhin, daß in 3 Fällen ein ablehnendes ärztliches Gutachten Antragsteller veranlaßte, den Antrag zurückzuziehen.

In dem einen Fall handelt es sich um eine Trinkerin, an welcher der ärztliche Sachverständige „körperliche oder geistige Zeichen von Trunksucht nicht erweisen kann". Die zu Beginn dieses Jahres eingelaufene Auskunft lautet: „Trinkt, wenn sie etwas erhalten kann." In dem zweiten Falle, dessen Entmündigung wegen Geistesschwäche beantragt ist, handelt es sich um einen 58jähr. trunkliebenden Mann, welcher 1 Jahr später an Myodegeneratio cordis gestorben ist. In einem Falle, in welchem die Entmündigung wegen Verschwendung und Trunksucht vom Gemeinderat beantragt war, zieht derselbe seinen Antrag wieder zurück,

ıl der zu Entmündigende in 11 Jahren 20 000 Mk. durchgebracht 7 000 Mk. Schulden gemacht haben soll. Die unlängst eingetroffene unft lautet: „Nach den angestellten Erhebungen war er nie ein ær, dagegen ist er arbeitscheu und daher in seinen früher guten ögensverhältnissen bis zur Vermögenslosigkeit zurückgekommen."

Wie stark bei einzelnen dieser Fälle die Trunksucht noch jetzt ht daraus hervor, daß es z.B. heißt: „S. ist als leidenschaftlicher pstrinker bekannt", oder „die Trunksucht besteht unverert", oder „die Trunksucht besteht noch und zwar in hohem ; trinkt jetzt 75 J. alt täglich bis zu 10 l Bier, hat auch noch Um- mit Frauenspersonen". Von einem 58jährigen wird berichtet, daß och „täglich 20—25 Schoppen Most" und von einem 45jährigen, er „täglich bis zu 2 l Schnaps" trinke!

Trotz alledem ist in der Folgezeit von iner Seite mehr ein Antrag auf Entmüngung gestellt worden.

Gestorben sind in der Zwischenzeit 19 = 20% (von 94) und zwar Altersschwäche 5, an Herzleiden 5, an Delirium alcohol. 2, an genkrebs 2, an Lungentuberkulose 2, an Lungenentzündung, berzirrhose und Unglücksfall je 1.

Die meisten Todesfälle (7) weist das 6. Lebensjahrzehnt auf, n folgte das 7.; das 8. und 5. sind gleichbeteiligt, das 4. am gegsten (2).

Die Dipsomanie kann bei der Entmündigung als „Geistesankheit" bewertet werden; diesbezügliche Entscheidungen von erhöchster Gerichtsstelle liegen vor. Die klinische Einreihung der ipsomanie ist noch strittig; ein großer Teil der Irrenärzte ist geeigt, die Dipsomanie unter den Sammelbegriff der „Epilepsie" nterzuordnen. *Aschaffenburg* hat ja besonders eindringlich darauf ingewiesen, daß periodische Verstimmungen für Epilepsie charakeristisch seien, und daß ihr alleiniger Nachweis die Diagnose „Epiepsie" rechtfertige. Für den Gerichtsarzt wird dieser Standpunkt n. E. nicht haltbar sein. Die periodischen Verstimmungen kommen llerdings bei Epilepsie häufiger vor als sonst wo, aber doch nicht usschließlich; sie sind weiter nichts als ein Ausdruck des psychopaıischen Zustandes und demgemäß auch bei Entarteten recht häufig. emzufolge sind sie bei Kriminellen kein seltenes Ereignis.

Unter unserem gesamten Material finden sich 31 Fälle = 10%, in denen ausdrücklich von Laienseite eine gewisse Periodizität („Quartalsäufer, Quartallump, periodischer Trinker, zeitweise Trunksucht, Periodensäufer") aufgeführt wird. In einem nicht geringen Teil dieser Fälle bestand dieser Zustand jahre-, selbst jahrzehntelang, um allmählich in einen chronischen Zustand der Trunksucht überzugehen. Es frägt sich nun, ob es tatsächlich Fälle von periodischer Trunksucht gibt, welche zeitlebens in diesem Zustande verharren, oder ob diese Periodizität nur ein ausnahmweise langes Vorstadium der chronischen Trunksucht darstellt. *Gaupp* [9] in seiner Studie über Dipsomanie charakterisiert die letztere wie folgt:

„Die Dipsomanie oder periodische Trunksucht ist gekennzeichnet durch anfallweises Auftreten eigentümlicher Zustände, in welchen nach Vorausgehen einer gemütlichen Verstimmung der unwiderstehliche Trieb nach Genuß berauschender Getränke erscheint, zu heftigen Ausschweifungen treibt, mit einer leichten oder tieferen Bewußtseinstrübung einhergeht oder zu einer solchen allmählich führt, bis nach wenigen Stunden oder Tagen, selten erst nach Wochen oder Monaten, der Anfall von selbst sein Ende findet und nun nach Überwindung der Vergiftungserscheinungen einem mehr weniger gesunden Zustande Platz macht. Die periodischen Verstimmungen, welche ohne erkennbare Ursache eintreten und die wichtigste Teilerscheinung der Dipsomanie darstellen, sind epileptischer Herkunft und treten in ganz gleicher Weise auch bei anderen Formen der Epilepsie auf. Die Dipsomanie ist also keine selbständige Geistesstörung, sondern eine der Äußerungsformen, unter denen die vielgestaltige Krankheit Epilepsie in die Erscheinung tritt. Sie hat die Neigung, allmählich sich zu verschlimmern und führt, namentlich wenn gehäufte Exzesse chronischen Alkoholismus bedingen, zu körperlichem und geistigem Siechtum; bei völliger und dauernder Abstinenz ist eine Besserung, vielleicht sogar eine Heilung möglich. Das Wesen der Krankheit ist unklar. Die krankhaften Veränderungen, deren klinischer Ausdruck die dipsomanischen Anfälle sind, kennen wir nicht, so wenig wie die Vorgänge, welche den anderen Zeichen der Epilepsie zugrunde liegen."

Unter unseren 31 Fällen von periodischer Trunksucht findet sich ein weiblicher. Interessant sind die Äußerungen in den Akten, welche die periodische Trunksucht charakterisieren:

„Periodisch stellt sich die Trunksucht noch ein; bestreitet etwa zur Hälfte seinen Lebensunterhalt." — „G. ist periodisch, zeitweise arbeitet er, zeitweise nicht und brütet tageweise vor sich hin, zeitweise trinkt er aber auch wieder, namentlich wenn er etwas bares Geld hat. In Baubetrieben ist er auswärts tätig und verdient ca. 60% seines Lebensunter-



halts." Weiterhin heißt es noch: „G. ist körperlich gesund und kräftig, doch sein Geisteszustand macht ihn zeitweise melancholisch; er hat Zeiten, wo er (auch in nüchternem Zustand) tageweise vor sich hinbrütet, ein Angstgefühl hat und ohne körperliche Anstrengung schwitzt. Dann hat er aber auch wieder Zeiten, wo er normal ist und arbeitet" (Äußerung des Schultheißenamts). Von einem anderen Trinker heißt es: „Ist und bleibt ein periodischer Trinker, der von Jahr zu Jahr körperlich und moralisch mehr herunterkommt. Arbeitet, wenn das Trinken nicht an ihm ist, fleißig als Flickschuster und verdient damit so viel, daß er davon leben könnte. Diesen Verdienst kann der Pfleger nicht kontrollieren und dadurch wird es dem Entmündigten immer wieder möglich, der Trunksucht zu fröhnen. Seit 1870 ca. 15 000 Mk. vertrunken" (Äußerung des Schultheißenamts). In einem anderen Falle äußert sich das Schultheißenamt: „Ist immer noch ein periodischer Trinker; verdient als Dienstknecht bei seinem Bruder den Lebensunterhalt. Man gewinnt aus dem Benehmen des D. öfters den Eindruck, als ob er geistig nicht ganz normal wäre." Von einem anderen Trinker heißt es: „Seit mehreren Jahren in leidenschaftlicher Weise dem Trunke ergeben, trinkt Politurspiritus (ist Schreiner); sauft mitunter zwei Wochen lang ununterbrochen; vor 2 Jahren Delirium tremens. Trunksucht periodisch im Anfang mit Pausen von mehreren Wochen, später immer kürzere nüchterne Zeiten. Arbeitet während des Winters mit ziemlicher Regelmäßigkeit; Sommers ist es anders, da ergeht er sich gerne und recht häufig, auch andauernd (wochenlang) in übermäßigem Alkoholgenuß. Körperliches und geistiges Befinden sind gut." Eine andere Äußerung lautet: „Quartallump — die Saufperioden kehren bei ihm gewöhnlich nach 3—4 Wochen ordentlichen Lebens wieder und dauern 8—14 Tage." Das Schultheißenamt schreibt in einem hierhergehörigen Falle: „Der Geisteszustand dürfte zeitweise nicht ganz normal sein. Wenn er anscheinend sein Leiden bekommt, arbeitet er nicht mehr und ergibt sich dem Trunke." Die katamnestische Erhebung dieses Falles lautet: „Trinkt noch, wenn er Geld hat; arbeitet hald da, bald dort als Tagelöhner."

Von einem anderen Trinker sagt der Gemeinderat: „Ein Gewohnheitstrinker, also permanenter Säufer oder Trinker ist H. nicht; er hat die Gewohnheit, sich dem Trunke von Zeit zu Zeit, etwa in Zwischenräumen von 4—6 Wochen, einige Tage lang vollständig zu ergeben. Als ein Trinker oder Verschwender im eigentlichen Sinne kann H. wohl nicht bezeichnet werden." Bei dem weiblichen Falle lautet die Auskunft: „Seit 5 Jahren (damals 36 Jahre alt) Schnapstrinkerin; sie hat Zeiten, in denen sie fast ein Vierteljahr nicht trinkt, dann aber ist sie wieder in der Woche 2—3mal betrunken und kommt gar nicht heim." Nach ärztlicher Äußerung ist die M. eine „Branntweintrinkerin schlimmster Sorte. Eine eigentliche alkoholistische Geistesstörung oder Geistesschwäche ist noch nicht bei ihr aufgetreten." Katamnestisch ist zu be-

merken, daß M. 4 Jahre später im Alter von 45 Jahren an Schlaganfall gestorben ist.

J. G. soll „seit vielen Jahren periodisch dem Trunke ergeben sein, in der Weise, daß er einige Wochen rücksichtslos trinkt und dann wieder längere Zeit, selbst monatelang, alkoholfrei bleibt, wobei er dann fleißig arbeitet und geradezu geizig ist. Auch in den freien Zeiten finsteres, gedrücktes Wesen; ist wortkarg, hat einen scheuen, unsteten Blick und ein blasses, gedunsenes Aussehen" (ärztliche Äußerung). 1 Jahr später an Gehirnlähmung gestorben.

Aus den vorstehenden laienhaften Schilderungen ergibt sich soviel mit Sicherheit, daß eine gewisse Periodizität vorliegt. *Pilcz*[10] rechnet die Dipsomanie unter die „periodischen Monomanien" als besondere Formen des periodischen Irreseins.

Er schreibt darüber: „Entsprechend der vorwiegend hereditär-degenerativen Art des Leidens bieten die Individuen auch intervallär allerlei Abweichungen von der Norm, hauptsächlich in der gemütlichen Sphäre, welche sie als psychopathisch minderwertige Personen erkennen lassen, unmotivierten Stimmungswechsel, Reizbarkeit, Launenhaftigkeit; recht häufig findet sich Kombination mit den großen Neurosen, Hysterie und Epilepsie."

Unter den ätiologischen Faktoren ist nach *Pilcz*[10] vor allem die erbliche Belastung zu nennen. Nach *v. Krafft-Ebing*[11] kommt die Dipsomanie nur bei Hereditariern vor.

Reiß[12] in seiner sehr lesenswerten klinischen Studie über konstitutionelle Verstimmung und manisch-depressives Irresein bekennt sich zu der Ansicht, daß die allgemeine Neigung zu periodischen Störungen, welche gerade die Entartungszustände vor allem auszeichnet, in einer allgemeinen biologischen Anlage zu suchen sei, die aber nur in organischen Faktoren ihre Ursache haben könne. *Hoche*[13] zieht eine gewisse Parallele zwischen den Quartalsarbeitern und den sogenannten Quartalstrinkern und sucht beide unter den Zyklothymien unterzubringen.

Von unseren 31 Fällen standen nur 6 in irrenärztlicher Beobachtung und Behandlung; nur in 1 Fall lautete die Diagnose auf Dipsomanie, in 3 auf „alkoholistische Geistesstörung", in je 1 auf „Alcoholismus chron." und „periodischen Trinker".

In 13 Fällen ist zum Teil schwere erbliche Belastung verzeichnet, so daß sich 42% ergeben würden; es ist hierbei zu bedenken, daß



lie Erhebungen durch die Schultheißenämter angestellt worden sind, und daß die Gerichtsakten im allgemeinen auf die erbliche Belastung wenig Bezug nehmen. Die bei vorliegender Arbeit gemachten Erfahrungen bestätigen die Vermutung, daß sich bei nachträglicher irrenärztlicher Erhebung noch in einer ganzen Reihe von Fällen erbliche Belastung nachweisen ließe. Von den 13 erblich belasteten Fällen zeigen 7 Potus in der Aszendenz.

Bemerkenswert ist ferner, daß bei 4 schwerere Kopfverletzungen vorgekommen sind; in 1 Fall wird hervorgehoben, daß nach einer im 31. Lebensjahr durchgemachten Hirnentzündung die Trunksucht sich eingestellt habe. 3 Fälle werden als alkoholintolerant bezeichnet. 4mal wurden Selbstmordversuche gemacht. 5mal wird von Zuständen alkoholistischer Geistesstörung berichtet. 2 Fälle sind ab origine beschränkt. Die Katamnese unserer 31 Fälle ergibt, daß nur 1 infolge von Abstinenz derzeit sich sehr gut hält, was aber bei einer Dauer von 2 Jahren nicht viel besagen will. 1 ist nach Amerika ausgewandert. In einer Anstalt befindet sich niemand; gestorben sind 5 — 2 an Schlaganfall, je 1 an Lungenentzündung, Lungentuberkulose und an Unglücksfall. 25 befinden sich in Freiheit; von diesen sollen 9 = 36% ihren ganzen Lebensunterhalt verdienen, 4 = 16% gehen ihrem wirtschaftlichen Ruin rasch entgegen; 12 = 48% verdienen 60—20% ihres Unterhalts. Entmündigt sind derzeit 16 = 64% (der 25). Bei 2 wurde die Entmündigung wieder aufgehoben. 7 = 28% leben unentmündigt und trinken zeitweise stark.

Schnapstrinker sind 9 von den 31, also 29%; darunter befindet sich auch der weibliche Fall. Ehe wir die periodische Trunksucht verlassen, bedarf es noch eines Wortes über die Beziehungen der periodischen Trunksucht zu dem Alcoholismus chronicus. Tatsächlich findet sich in einer nicht geringen Anzahl unserer Fälle der Vermerk, daß jahrelang die Trunksucht nur zeitweise in Erscheinung getreten sei, daß aber allmählich die Zeiten der Enthaltsamkeit kürzer geworden seien, bis schließlich die Trunksucht ständig sich geoffenbart habe. Dieser Entwicklungsgang wird sich häufig erweisen lassen. *Wollenberg*[14] betont ebenfalls, daß auch bei habituellen Trinkern „dipsomanische Anfälle“ vorkommen. *Balser*[15] vertritt die Ansicht, daß unter Dipsomanie ganz verschiedene Zustände zusammengefaßt werden:



„So häufig periodisches Trinken ist, so häufig die Trinkperioden mit den Lohnperioden zusammenfallen, so selten sind die Fälle reiner Dipsomanie, bei der sonst ganz nüchterne Leute periodisch von quälender Stimmung befallen werden und zum Alkohol greifen, um sich von dem quälenden Gefühl zu befreien. Ich glaube auch, daß die Formen selten sind, in denen der periodische Alkoholhunger als epileptischer Zustand zu deuten ist. Denn bei beiden Arten müßte man doch auch in der Strafanstalt Erregungszustände auftreten sehen, was nur ausnahmweise der Fall ist. In der Mehrzahl der Fälle dürfte es sich um zeitweise Steigerung der Vergiftungserscheinungen durch Alkohol handeln, die durch Alkohol bekämpft werden."

In 69 unserer Fälle war eine erbliche Belastung erhoben worden; dabei zeigte es sich, daß in 30 Fällen eine solche von väterlicher und in 16 von mütterlicher Seite vorlag. Bei 23 fand sich erbliche Belastung von seiten der Geschwister. Unter den 30 Erblichkeitsfaktoren von väterlicher Seite überwog die Trunksucht mit 23 Fällen sehr stark, während mütterlicherseits die Geisteskrankheit mit 10 (worunter 9mal die Mütter selbst) vorherrschte, die Trunksucht kam an zweiter Stelle mit 5. Bei der Belastung durch die Geschwister stand wiederum die Trunksucht mit 14 vorne dran, dann folgte Geisteskrankheit mit 6.

Hinsichtlich der Nachkommenschaft der Trinker war ersichtlich, daß bei 30 Trinkern geschädigte Nachkommenschaft aufgeführt war und zwar 45 Kinder, von welchen 12 Söhne und 1 Tochter trunkliebend, 3 Söhne und 6 Töchter schwachsinnig, 1 Sohn und 4 Töchter epileptisch, je 3 Söhne und Töchter geisteskrank, 3 Söhne und 2 Töchter (Kindsmord) kriminell, 5 Kinder taubstumm und 1 Sohn stumm waren. Durch Selbstmord endete 1 Tochter. Soweit aus den Akten zu entnehmen war, wurde versucht, für die Fruchtbarkeit der Trinkerehe einen Anhaltpunkt zu gewinnen. Notizen liegen über 123 Trinkerehen vor, von welchen 17 = rund 14% kinderlos waren. In 5 Ehen = 4% war 1 Kind vorhanden, welches durchweg am Leben blieb. In 17 Ehen = 14% waren 2 Kinder da, von denen nur in 1 Fall beide gestorben sind; aus 21 Ehen = 17% sproßten 3 Kinder, von denen in efner Familie 2 gestorben sind. Je 4 Kinder fanden sich bei 9%, je 5 bei 11%, je 6 bei 11%, je 7 bei 5%, je 8 bei 3%, je 9 bei 2%, 10 bei 1%, über 10 bei 7%.



Es wurden in 106 Trinkerehen 523 Kinder gezeugt, von welchen 58 = 11% gestorben sind. 5 Familien hatten 12, 1 Familie hatte 14 Kinder. Über 10 Kinder wiesen 9 Familien mit zusammen 107 Kindern auf, von welchen 33 = 30% gestorben sind.

Von den geistigen Getränken steht der Most an erster Stelle, nur wenig zurück kommen Bier und Schnaps. Ausschließliche Schnapstrinker waren es rund 20%. Gewöhnlich ist der Lauf der Dinge so, daß jahrelang Most und Bier in großen Quantitäten genossen werden und daß, wenn dann der Magen allmählich infolge des Massenkonsums an Leistungsfähigkeit mehr und mehr einbüßt, der Trinker zuerst zeitweise, dann nach und nach ausschließlich zum Schnaps übergeht.

Bei 253 Trinkern ließen sich Anhaltpunkte für die Dauer des übermäßigen Genusses geistiger Getränke gewinnen; es zeigte sich dabei, daß in 32% 10 Jahre lang und in 34% über 10 Jahre lang bis zur Höchstdauer von 30 Jahren viel getrunken worden war. Die Trunksucht im landläufigen Sinne herrschte durchschnittlich 6 Jahre, das übermäßige Trinken bestand im Gesamtdurchschnitt 10 Jahre. Das Durchschnittsalter zur Zeit des Entmündigungsverfahrens betrug 48 Jahre, so daß von Mitte der dreißiger Jahre ab die Trunkliebe sich zu betätigen pflegte.

Bei 134 von 322 Trinkern sind in den Akten bzw. Auskünften Bestrafungen, sowohl gerichtliche als auch polizeiliche, vermerkt; es entfällt somit auf die Bestraften ein Prozentsatz von 41%. Die meisten Strafen hatte ein Trinker mit 35. Die 134 bestraften Trinker vereinigen auf sich 823 Strafen, so daß auf einen dieser Trinker 6 Strafen entfallen.

Invalidenrente genossen 20 Trinker, Unfallrente 10 und Veteranenrente ebenfalls 10; leider geht aus den Akten hervor, daß der größte Teil dieser Bezüge in Alkohol umgesetzt zu werden pflegt.

Über die Bewertung der Entmündigung wegen Trunksucht stehen verschiedene Äußerungen zur Verfügung, von welchen nachfolgende bedeutungsvoll sind.

Die Äußerung einer Ortsbehörde geht dahin, daß „eine Entmündigung wegen Trunksucht gar keinen Wert hat und eine papierne Maßregel bleibt, so lange die Wirte nicht wegen Verabreichung von Getränken an den Entmündigten bestraft werden können“. Eine andere Stelle



schreibt: „Die Hauptsache ist, daß dem Entmündigten durch die Entmündigung die Borgfrist bei den Wirten entzogen ist.“

In einem Falle heißt es: „Die Entmündigung ist zu spät erfolgt, da die Güter zur Bezahlung der Schulden größtenteils verkauft werden mußten.“ Eine charakteristische Äußerung ist folgende: „Einen bessernden Einfluß hat die Entmündigung bei B. nur, wenn er nichts verdienen kann.“

Die Armenverwaltung einer größeren württembergischen Stadt äußert sich über die hierhergehörigen Fragen wie folgt: 1. „Die Armenpflege hat ein dringendes Interesse an der Bekämpfung der Trunksucht, weil bei jedem Gewohnheitstrinker die Gefahr besteht, daß

a) er selbst der offenen oder geschlossenen Armenpflege zur Last fällt;

b) wegen Nichterfüllung der Unterhaltungspflicht seine Angehörigen hilfsbedürftig werden;

c) die Folgen der Trunksucht sich in einer körperlichen, geistigen und sittlichen Degeneration seiner Kinder äußern, die ein Eintreten der öffentlichen oder privaten Kinderfürsorge nötig machen;

2. Das wirksamste repressive Mittel gegen die Trunksucht ist in der Gewöhnung des Trinkers an Alkoholenthaltsamkeit zu erblicken, auf die nötigenfalls mit Zwang hinzuwirken ist. Läßt sich die Enthaltsamkeit nicht durch freiwillige Entschließung des Trinkers, oder durch Anschluß an einen Enthaltsamkeitsverein erreichen, so ist Heilbehandlung in einer Trinkerheilanstalt herbeizuführen. Wird die Trunksucht als unheilbar erkannt, so ist Einweisung in eine Pflege- oder Bewahrungsanstalt nötig.

3. Voraussetzungen für den Erfolg der Heilbehandlung sind:
a) Frühzeitige Inangriffnahme der Behandlung,
b) genügend langer Aufenthalt in der Anstalt,
c) Schutzaufsicht nach der Entlassung.

4. Die Handhabe zu einer derartigen Behandlung von Gewohnheitstrinkern bieten die Bestimmungen des BGB. über die Entmündigung wegen Trunksucht, insbesondere dann, wenn die Bevormundung des entmündigten Trinkers durch einen in der Trinkerfürsorge erfahrenen Berufsvormund ausgeübt wird.

5. Eine weitere Handhabe dazu kann das Strafrecht bieten, wenn dafür gesorgt wird, daß die strafrechtliche Behandlung einer dem Trunke ergebenen Person eine Sonderbehandlung als Trinker in sich schließt, und zwar im Interesse der Armenpflege namentlich dann, wenn

a) derartige Personen als Bettler, Landstreicher, Arbeitsscheue oder säumige Nährpflichtige die Armenpflege mißbrauchen, oder

b) die Folgen der Straftat zu einer Inanspruchnahme der Armenpflege führen, sei es, daß während der Strafverbüßung des Täters seine

Angehörigen hilfsbedürftig werden, oder seine Kinder in öffentliche Erziehung genommen werden müssen."

Der Deutsche Verein für Armenpflege und Wohltätigkeit hat sich wiederholt mit der Behandlung von Trunksüchtigen beschäftigt. Auf der Dresdener Tagung 1883 wurde das Thema „Trunksucht als Ursache der Verarmung", auf der Karlsruher Tagung 1888 das Thema „Trunksucht und Armenpflege", auf der Tagung 1901 in Lübeck das Thema „Die Aufgaben der Armenpflege gegenüber trunksüchtigen Personen" und auf der Tagung 1911 in Dresden das Thema „Trunkenheit und Trunksucht" behandelt.

Die Verhandlungen haben sich auch mit den Bestimmungen des Vorentwurfs zum Deutschen Reichsstrafgesetzbuch über Trunkenheit und Trunksucht beschäftigt, wobei der Verein für Armenpflege und Wohltätigkeit folgende Leitsätze angenommen hat:

1. Wenn eine strafbare Handlung in selbstverschuldeter Trunkenheit begangen ist, so sind in den für die Anwendung der bedingten Strafaussetzung geeigneten Fällen dem Täter für sein Verhalten während der Probezeit bestimmte Weisungen zu geben, insbesondere kann ihm die Verpflichtung zur Enthaltsamkeit auferlegt und eine Schutzaufsicht über ihn eingeleitet werden.

2. Bei der gesetzlichen Regelung des Wirtshausverbotes ist vorzusehen, daß die Verhängung des Verbots durch das Gericht in öffentlichen Blättern bekanntgegeben und in geeigneten Fällen die Anordnung einer Schutzaufsicht für zulässig erklärt wird.

3. Die Anordnung der Unterbringung in einer Trinkerheilanstalt ist bei Trunksüchtigen und Gewohnheitstrinkern, die eine strafbare Handlung begangen haben, unabhängig von Strafart und Strafmaß zuzulassen, unter der allgemeinen Voraussetzung, daß die Unterbringung notwendig ist, um den Verurteilten wieder an ein gesetzmäßiges und geordnetes Leben zu gewöhnen.

4. Bei jeder Einweisung in eine Trinkerheilanstalt ist dem Verurteilten ein Fürsorger zu bestellen, der auch die Schutzaufsicht bei widerruflicher Entlassung auszuüben hat. Rechte und Pflichten des Fürsorgers sind gesetzlich festzulegen; er ist der Aufsicht des Vormundschaftsgerichts zu unterstellen. Für die Schutzaufsicht sind öffentliche Gelder zur Verfügung zu stellen.

5. Über die Einrichtung und die Benutzung von öffentlichen und privaten Trinkerheilanstalten, in welche Personen gemäß § 43 DVE. eingewiesen werden, sind besondere gesetzliche Vorschriften zu erlassen.

6. Selbstverschuldete Trunkenheit, durch welche Personen oder die öffentliche Ordnung gefährdet werden, ist unter Strafe zu stellen.

Verschiedene Vorschläge sind auf Ersuchen von Armenbehörden gemacht worden; ich nenne davon nur: Die Gemeinden



sollten berechtigt sein, Personen, welche sich und ihre Familien durch ihre Trunksucht gefährden, in eine öffentliche Trinkerliste einzutragen und die Namen der in dieser Liste eingetragenen Personen von Zeit zu Zeit zu veröffentlichen. Sämtlichen Wirten des Wohnorts sollten die Namen der in der Trinkerliste eingetragenen Personen mit dem Verbote der Abgabe von alkoholartigen Getränken an sie bekanntgegeben werden, und es sollte die Möglichkeit bestehen, denjenigen Wirten, die bewußt dieses Verbot verletzen, ihre Konzession zu entziehen. Der Schnapsschank sollte noch mehr als bisher eingeschränkt und reine Schnapsschänken aufgehoben werden. Das große Interesse, welches die Allgemeinheit an der wirksamen Bekämpfung der Trunksucht hat, rechtfertigt es, daß auch den Gemeinden, Armenverbänden und der Staatsanwaltschaft das Recht zur Stellung des Antrags auf Entmündigung eingeräumt wird. Die Rücksicht auf die Familie und die Furcht vor Beleidigungen und Mißhandlungen, welchen Familienangehörige seitens des Trinkers oftmals ausgesetzt sind, wenn sie einen Entmündigungsantrag stellen, ist häufig der Grund, warum ein Entmündigungsantrag überhaupt unterbleibt. Die Durchführung der gegen einen entmündigten Trinker zu ergreifenden Zwangsmaßregeln sollte in die Hand einer Zentralbehörde gelegt werden, ähnlich wie bei der Fürsorgeerziehung, und es sollten die Kosten des Entmündigungsverfahrens wie diejenigen, welche aus der Durchführung der infolge der Entmündigung getroffenen Anordnungen entstehen, auf breitere Schultern als diejenigen der Gemeinden, nämlich auf diejenige des Landarmenverbands oder des Staats gelegt werden.

Zivilrechtlich wäre eine Gesetzesbestimmung zweckmäßig und durchführbar, welche die Klagbarkeit von Zechschulden ausschließt. Nach der Gewerbeordnung kann auch jetzt schon eine Schankkonzession wegen „Förderung der Völlerei" entzogen werden. Die allgemein gehaltene Definition „Förderung der Völlerei" genügt jedoch für die Praxis nicht.

Der durch Trunksucht entstandene Armenaufwand wird auf 10 bis 40% veranschlagt; von allen Seiten wird hervorgehoben, wie schwer, ja unmöglich es ist, zahlenmäßige Belege zu liefern. Es dürfte durchaus den Verhältnissen entsprechen, was eine Armenbehörde schreibt: „Es ist sehr schwer, zahlenmäßige Belege dafür zu bringen,



wie hoch der durch Trunksucht verursachte Armenaufwand sich beläuft; tatsächlich ist die Alkoholnot sehr groß und sehr weit verbreitet und in sehr vielen Fällen, in denen dies nicht ohne weiteres zutage tritt, steckt hinter der Unterstützungsbedürftigkeit einer Familie der Alkohol.“

Schließlich ist es noch von Wert zu erfahren, wie ein erfahrener Amtsgerichtsvorstand über die Entmündigung wegen Trunksucht denkt:

„Etwas weitgehend scheint mir das Verlangen des § 6 Ziff. 3 BGB. zu sein, daß ein Trinker nicht mehr imstande sein muß, seine Angelegenheiten zu besorgen, ehe die Entmündigung eintreten darf. Angelegenheiten sind nach Entscheidung des Reichsgerichts die sämtlichen Angelegenheiten. Um ihn und seine Familie zu ruinieren genügt es, wenn der Mann seine Vermögensangelegenheiten nicht zu besorgen vermag. Da übrigens auch die Gefahr des Notstandes zur Entmündigung wegen Trunksucht führt, ist dieses Bedenken mehr von Bedeutung für die Ziff. 1 als die Ziff. 3 des § 6.

Aus der Bevölkerung wird ab und zu der Vorwurf erhoben, daß die Behörden erst einschreiten, wenn das Vermögen vertrunken sei. Das halte ich für nicht ganz unbegründet. Wir können erst etwas tun, wenn der Betreffende trunksüchtig ist. Warum soll aber der Staat erst eingreifen dürfen, wenn der Zechbruder ein hoffnungs- und widerstandloser Kranker geworden ist? Es ließe sich vielleicht ohne allzuschwere Eingriffe in die persönliche Freiheit ein Verfahren finden, durch welches schon die Entwicklung des Leidens gehemmt werden könnte. Wenn z. B. ein Mann, der unangenehmen Redensarten seiner Frau überdrüssig, anfängt, Tag für Tag ins Wirtshaus zu laufen und sich zu betrinken, eine Woche, zwei Wochen, so ist daraus noch lange nicht auf Trunksucht im Sinne des Gesetzes zu schließen; ich glaube aber, daß sie entstehen kann, wenn solche Vorfälle sich wiederholen. Hätte der Richter die Möglichkeit, auf Grund eines nicht umständlichen Verfahrens den Mann in eine Trinkerheil- oder sonstige Anstalt zu schicken, bis der Vorstand ihm bezeugt, daß er wieder vernünftig geworden ist, so würde sich der Mann nicht nur schämen, sondern auch in seiner Entwicklung zum Trinker aufgehalten werden; und die Frau würde sich vielleicht ebenfalls eine Lehre daraus ziehen, daß sie die Hilfe des Mannes einige Zeit zu entbehren hätte.“

Ergänzend wäre noch der Trinkerfürsorge der Versicherungsanstalt Württemberg zu gedenken. Aus dem Geschäftsbericht über das Kalenderjahr 1912 geht hervor, daß



die Versicherungsanstalt die Fürsorge für Trunksüchtige unter dem Vorbehalt zum Gegenstand des Heilverfahrens macht, daß vorgeschrittener Alkoholismus, der bereits Veränderungen von Intelligenz und Charakter bewirkt hat, ausgeschlossen sein soll. Im Berichtsjahre wurden 44 männliche Alkoholiker mit einem Reinaufwand von 11 235 Mk. in Heilfürsorge übernommen.

An Vereinen, die sich die Bekämpfung des Alkohols zur Aufgabe machen, wurden als Jahresbeiträge insgesamt 2200 Mk. verwilligt. Zur Unterstützung von Anstalten, welche der Bekämpfung des Alkoholmißbrauchs dienen und ganz alkoholfrei sind, sind Darlehen zu ermäßigtem Zinsfuß im Gesamtbetrag von 623 800 Mk. abgegeben worden.

Kehren wir zu der Entmündigung wegen Trunksucht zurück und vergegenwärtigen wir uns, was der Jurist hierbei fordert. In dem Antrag auf Entmündigung wegen Trunksucht sind die den Antrag begründenden Tatsachen zu benennen und Beweismittel zu bezeichnen. Es muß nach juristischer Auffassung den Menschen ein krankhafter Drang nach Alkohol beherrschen, so daß seine Geistesfähigkeiten unter die Wirkungen des Alkohols gebeugt sind. Dieser Zustand muß ein chronischer sein. Es muß eine andauernde oder periodisch auftretende unwiderstehliche Gier nach Alkohol vorhanden sein, die von einem allgemeinen Niedergang der geistigen und moralischen Fähigkeiten begleitet wird. Es ist im Antrag anzugeben:

1. wie oft die Betrunkenheit des zu Entmündigenden wöchentlich vorkommt; welche Getränke konsumiert werden und in welchem Maße; wie groß die Trunkenheit ist (ob die Person nicht mehr gehen, sprechen usw. kann)?
2. welche Personen Zeugen von diesen Vorkommnissen waren?
3. welche Angelegenheiten die zu entmündigende Person zu besorgen hatte, und inwieweit sie jetzt diese Angelegenheiten nicht mehr zu besorgen vermag, und woher dies eventuell rührt?

Demgegenüber hat der ärztliche Sachverständige sich zunächst darüber auszusprechen, ob Trunksucht vorliegt oder nicht? Im allgemeinen wird diese Feststellung besonders dem irrenärztlich vorgebildeten Sachverständigen nicht schwer fallen; er wird das Hauptgewicht seiner Beweisführung auf die Klarstellung der



psychischen Veränderung des zu Entmündigenden zu legen haben. In zahlreichen Fällen unserer Zusammenstellung hat es sich zweifellos um senile Demenz gehandelt, deren Darlegung dem Richter gegenüber nicht immer leicht ist.

Charakteristisch für das mangelhafte juristische Verständnis ist der Fall J. S. aus H., zur Zeit des Entmündigungsverfahrens 68 Jahre alt, welcher seit 3 Jahren stark dem Trunke huldigte und zur Besorgung seiner Angelegenheiten unfähig war. Der Antrag lautete auf Entmündigung wegen Verschwendung und Geistesschwäche; das Gericht lehnte dies ab mit dem Bemerken: „Es darf nicht gleichzeitig die Entmündigung wegen Geistesschwäche und diejenige wegen Verschwendung beantragt werden, da die beiden Verfahren voneinander abweichen. Das eine oder das andere."

Aus der Beweisaufnahme ergab sich, daß J. S. oft 8 Tage lang nicht mehr vom Bett aufgestanden ist, „seine Notdurft hat er seither auch nicht außer dem Bett verrichtet, und der Urin läuft infolgedessen bis an die Stubentüre." Der Schultheiß bemerkt hierzu: „... Ich kann durch eigene Überzeugung konstatieren, daß S. in einem solchen Unflat mitsamt seinen Kleidern gelegen ist, daß selbst einem Schwein in einem solchen Nest zu liegen geekelt hätte. Demselben waren sogar seine Kleider, da dieselben durchnäßt waren, an den Leib gefroren, da es gerade um diese Zeit sehr kalt war."

Das Gericht beschließt, den J. S. wegen *Verschwendung* (!?) zu entmündigen, und führt bei der Begründung aus: „... Seit verschiedenen Jahren hat sich S. dem übermäßigen Genusse geistiger Getränke ergeben; ob in dieser Beziehung ein krankhafter Zustand bei S. vorliegt, *kann dahingestellt bleiben*, denn die Zechschulden des S. weisen auf eine verschwenderische Lebensweise desselben hin ... Die Lebensweise des S., *seine Unreinlichkeit weist auf Nachlassen der Willenskraft, auf Charakterfehler hin.*" (!?) Sapienti sat. Ein ärztlicher Sachverständiger war natürlich nicht zugezogen.

Daß die Leistung des ärztlichen Sachverständigen vom Richter nicht besonders hoch eingeschätzt wird, zeigt der Fall W. H., in welchem die Entmündigung wegen Trunksucht wie folgt begründet wird:

„Daß Trunksucht bei ihm vorliegt, haben die Zeugenaussagen klar ergeben, so daß es *einer ärztlichen Untersuchung nicht mehr bedarf.* Diese könnte übrigens, wenn sie nicht ihre Schlüsse gleichfalls aus den Zeugenaussagen ziehen, sondern lediglich auf Grund des körperlichen Befundes urteilen wollte, nur feststellen, daß H. viel alkoholische Getränke zu sich zu nehmen pflegt. Das aber bedarf



keiner ärztlichen Bestätigung, denn es ist gerichtsbekannt und überdies durch die Zeugenaussagen erwiesen.

In mehreren Fällen ging aus den Akten einwandfrei hervor, daß ein angeborener Schwachsinn vorlag, trotzdem wurde die Entmündigung wegen Verschwendung oder wegen Trunksucht ausgesprochen. In ungefähr 15 Fällen bestanden Psychosen mit Ausschluß der senilen Demenz; in einzelnen dieser Fälle ergab sich ein früherer Irrenanstaltsaufenthalt; dessen ungeachtet wurde weder die Krankheitsgeschichte einverlangt noch, was noch viel bedenklicher ist, ein ärztlicher Sachverständiger zugezogen. Ganz ähnlich liegen die Verhältnisse dort, wo Beziehungen von Schädeltrauma zur Trunksucht und von Hirnentzündung zur Trunksucht in den Akten erwähnt sind; auch hier hielt es der Richter nicht für geboten, einen ärztlichen Sachverständigen beizuziehen. Daß das Gericht auf die Ätiologie der Trunksucht keinerlei Rücksicht nimmt, ist schon vorstehend ausgeführt worden. Es finden sich bei unserem Material mehrfach Fälle, in denen das Gericht den Entmündigungsgrund des ärztlichen Sachverständigen sich nicht zu eigen gemacht hat, z. B. statt Geistesschwäche Trunksucht angenommen hat. Kennzeichnend für die formale Handhabung der Entmündigung wegen Trunksucht von seiten des Gerichts und für die gänzliche Außerachtlassung des Bodens, auf welchen die Trunksucht erwächst, diene noch folgender Fall:

Bei G. M. wird der Antrag auf Entmündigung wegen Trunksucht gestellt. Zeugen geben an, M. erscheine ihnen geistig nicht normal; vor 14 Jahren — damals 27 Jahre alt — hat sich M. wegen eines schweren psychischen Depressionszustandes 1 Jahr lang in einer Irrenanstalt befunden und wurde „gebessert“ entlassen. Über eine Neigung zu übermäßigem Trinken ist aus dieser Zeit nichts erwähnt. Ein Missionar bezeugt, daß M. ein „wüster Trinker und im Rausch unzurechnungsfähig“ ist. Zweimal hat sich M. in einer Trinkerheilstätte befunden; der Hausvater derselben schreibt über ihn: „Er wollte seine unselige Leidenschaft des Trinkens nicht lassen, ging öfters ohne Erlaubnis fort und bettelte Getränke. Das letztere war beidemal der Grund zu seiner Entlassung.“

Aus dem Gutachten des beamteten Arztes sei hervorgehoben: „. . . Mir ist M. seit dem Winter 1888 (also 20 Jahre lang) bekannt, schon damals war er psychisch alteriert und mußte wegen Empyems in das Krankenhaus aufgenommen werden. Es hatte sich vor dem Auftreten des Empyems ein geistiger Schwächezustand entwickelt: stilles, scheues, zurückgezogenes Wesen mit gänzlicher Unlust zur Arbeit.



abei waren Wahnvorstellungen schwermütiger Natur vorhanden, Verren- und vom Teufel-Besessensein, auch innere Stimmen wurden gehört, ie zur Begehung verkehrter Handlungen aufforderten... Aber es unteregt nicht dem geringsten Zweifel, daß nicht der Alkohol ie geistige Störung herbeigeführt hat, sondern daß die Trunksucht, ler M. anheimgefallen ist, auf dem Boden der schon vorher und auch etzt noch vorhandenen Geistesstörung zur Entwicklung gekommen ist. Aus diesem Grunde erscheint seine Entmündigung wegen Geisteskrankheit vollauf begründet."

Auf Anfrage des Gerichts, ob vom ärztlichen Standpunkt irgend ein Bedenken der Entmündigung wegen Trunksucht entgegenstehe, erwidert erselbe Gutachter: „Die Trunksucht ist das zurzeit am meisten herortretende Symptom der bei M. vorhandenen unheilbaren Geistesstörung. Es steht somit der Entmündigung wegen Trunksucht ein ärztliches Beenken nicht entgegen. Für die Notwendigkeit der Entmündigung wegen Trunksucht fällt der Nachweis sehr schwer in das Gewicht, daß diese Trunksucht in einer schweren geistigen Erkrankung wurzelt."

Es frägt sich, ob denn doch nicht ärztliche Bedenken in dem vorliegenden Falle hätten geäußert werden sollen. Bei der Sachlage ist zu bedenken, daß bei der Änderung des geistigen Krankheitsbildes ein Wegfall derTrunksucht recht wohl möglich ist, wenn z. B. ein katatonischer Stupor einsetzt oder paranoide Zustände mehr hervortreten; jedenfalls ist die Möglichkeit nicht ausgeschlossen, daß sich die Entmündigung wegen Trunksucht nicht mehr aufrechterhalten ließe. Es bliebe dann nichts anderes übrig, als die Entmündigung wegen Trunksucht aufzuheben und die Entmündigung wegen Geistesschwäche oder Geisteskrankheit zu beschließen. Dieser unnötigen Komplikation könnte aber durch sofortige richtige Bewertung des Entmündigungsgrundes vorgebeugt werden.

Wie sehr irrenärztliches Wissen dem ärztlichen Sachverständigen häufig sein muß, haben die vorstehenden Ausführungen zur Genüge getan. Einen weiteren Beleg für diese Ansicht bildet Fall K. B., J. alt, gegen welchen vom Vater der Antrag auf Entmündigung gen Trunksucht gestellt worden ist.

K. B. erlitt vor 3 Jahren, damals 29 Jahre alt, eine Schädelverletzung einer Schlägerei, wodurch ein großer Blutverlust hervorgerufen wurde; ar ein Knochenbruch nachgewiesen. 6—7 Wochen bettlägerig; starke rung. Seither nach Angabe der Schwester körperlich und geistig ändert: zu selbständiger Arbeit nicht mehr fähig, nach geistigen Geken sehr leicht erregt; das Gedächtnis fast ganz verloren. Der eine ktische Arzt findet bei B. ein blasses und hinfälliges Aussehen und somnolentes Gebahren; der andere praktische Arzt nimmt eine mentia praecox (?!) an. 2 Monate nach gestelltem Antrag B. gestorben, ohne daß eine Obduktion gemacht worden wäre. Bei



diesem Falle ist die Annahme einer Dementia praecox doch außerordentlich kühn.

Wenn wir uns aus dem reichhaltigen Material ein Urteil bilden, so geht dies dahin, daß:

1. Die derzeitige Handhabung der Entmündigung wegen Trunksucht seitens der Richter viel zu sehr von formalen Gesichtspunkten beeinflußt wird und nicht dem Geiste der Gesetzgebung gerecht wird. Den richtigen Standpunkt vertritt der schon erwähnte landgerichtliche Abweisungsbeschluß, in welchem es heißt: „... Es kann nicht Sinn und Zweck des Gesetzes sein, daß eine Entmündigung erst statthaft ist, wenn der Trunksüchtige sein Vermögen verloren hat. Es muß vielmehr genügen, wenn Anzeichen dafür vorhanden sind, daß bei einer Weiterwirtschaftung in der bisherigen Weise der Ruin unausbleiblich ist." Die Beachtung dieses Maßstabes vermissen wir in zahlreichen Fällen mit ihren traurigen Folgezuständen für die Familie wie für die Allgemeinheit.

2. Es ist als ein Mangel der Gesetzgebung zu bezeichnen, daß bei der Entmündigung wegen Trunksucht die Beiziehung eines ärztlichen Sachverständigen nicht vorgeschrieben ist. Die gemachten Ausführungen lassen keinen Zweifel darüber aufkommen, daß nur ein in der Irrenheilkunde gut bewanderter Arzt hier das Richtige treffen kann.

3. Das Gericht sollte sich nicht aus formalen Gründen abhalten lassen, den Entmündigungsgrund des ärztlichen Sachverständigen sich anzueignen. Es liegt weder im Interesse des zu Entmündigenden noch des gerichtlichen Verfahrens überhaupt, den Boden, aus welchem die Trunksucht erwächst, als nebensächlich zu betrachten.

4. Dem ärztlichen Sachverständigen liegt ob, den Entwicklungsgang des Leidens, die Umwandlung der Persönlichkeit dem Richter darzulegen und auf Grund des Akteninhalts und nach eingehender körperlicher Untersuchung, die praktischen, im Gesetze verlangten Schlußfolgerungen zu ziehen.

5. Es sollte eine gesetzliche Handhabe gegeben sein, der so häufigen und für den Trinker so nachteiligen Zurücknahme des Entmündigungantrags einen Riegel vorzuschieben. Das einmal anhängige Verfahren sollte zum Abschluß gebracht werden müssen und jede

auf Grund dieses Verfahrens als trunksüchtig nachgewiesene Person unter Schutzaufsicht gestellt werden.

6. Der Kreis der antragberechtigten Personen bzw. Behörden ist zu erweitern.

7. Die Entmündigung wegen Trunksucht leistet in der Heilbehandlung und sozialen Brauchbarmachung des Trinkers kaum etwas; dies ist nur möglich, wenn sich an die Entmündigung bzw. unter Schutzaufsichtstellung des Trinkers weitere, vorstehend angedeutete, fürsorgende und sichernde Maßnahmen anschließen, deren gesetzliche Festlegung und deren praktischer Ausbau dringende Aufgaben der nächsten Zukunft sind.

8. Aufgabe der Irrenärzte ist es, über Wesen, Äußerungen und Folgezustände der Trunksucht bei jeder Gelegenheit sich aufklärend zu äußern und mit Rat und Tat allen diesen Krebsschaden unseres Volkskörpers bekämpfenden Bestrebungen zur Seite zu stehen.

Literaturverzeichnis.

1. *Polligkeit*, Wichtige Kapitel aus der Trinkerfürsorge. 1912. S. 60.
2. *Aschaffenburg*, Vergleichende Darstellung des deutschen und ausländischen Strafrechts Bd. 1, S. 118.
3. Protokolle II. Lesung Bd. I, S. 33/34.
4. *Endemann*, Juristisch-psychiatrische Grenzfragen I.
5. *Waldschmidt*, Schriften des Deutschen Vereins f. Armenpflege H. 55.
6. *Daude*, Das Entmündigungsverfahren.
7. *Samter*, Schriften des Deutschen Vereins f. Armenpflege H. 55.
8. Preuß. Erlaß d. Minist. d. Innern. — *Samter*, Schriften des Deutschen Vereins f. Armenpflege H. 55.
9. *Gaupp*, Die Dipsomanie.
10. *Pilcz*, Die periodischen Geistesstörungen.
11. *Krafft-Ebing*, Lehrbuch der Psychiatrie.
12. *Reiß*, Konstitutionelle Verstimmung und manisch-depressives Irresein.
13. *Hoche*, Zwanglose Abhandlungen Bd. I, H. 8.
14. *Wollenberg*, in *Hoches* Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie.
15. *Balser*, Juristisch-psychiatrische Grenzfragen Bd. VI, H. 2/3.
16. *Hahn*, Materialien zur ZPO. Bd. 8, S. 384 ff.



Die Fähigkeit zur freien Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsortes [1].

Von

Professor Dr. **L. W. Weber,** Direktor der Anstalt.

Nach dem Reichsgesetz über den Unterstützungswohnsitz erwirbt ein über 16 Jahre alter Deutscher durch einjährigen ununterbrochenen Aufenthalt in einem Ortsarmenverband einen Unterstützungswohnsitz. Nach § 12 desselben Gesetzes darf in diese einjährige Frist die Zeit nicht eingerechnet werden, während welcher die freie Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsortes ausgeschlossen war; analoge Bestimmungen sieht der § 24 dieses Gesetzes für den Verlust des Unterstützungswohnsitzes vor. Umstände, welche die freie Selbstbestimmung in diesem Sinne ausschließen, sind z. B. Freiheitsstrafen oder zwangsweise Internierungen aus sanitätspolizeilichen Gründen. Ebenso kann die Fähigkeit der freien Selbstbestimmung durch eine geistige Störung aufgehoben sein, auch wenn der Kranke nicht in einer Anstalt untergebracht war oder ist.

In Anstalten, die zu einem Aufnahmebezirk mit stark fluktuierender Bevölkerung, z. B. einer Großstadt, gehören, wird die Feststellung des definitiven Unterstützungswohnsitzes häufig notwendig, und dann taucht auch die Frage auf, ob der Betreffende, der einige Zeit vor der Anstaltsaufnahme zugezogen war, bei der Aufnahme oder etwa vorher und wie lange Zeit vorher durch seine geistige Störung der Fähigkeit der freien Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsortes beraubt war. Gewiß handelt es sich bei dieser Frage in erster Linie um einen verwaltungstechnischen Begriff, ähnlich dem

[1]) Aus der städt. Nervenheilanstalt Chemnitz. — Nach einem Vortrag auf der Versammlung mitteldeutscher Psychiater u. Neurologen in Jena am 2. November 1913.



der Gemeingefährlichkeit, und mehrere Entscheidungen des Bundesamtes für das Heimatwesen betonen noch ausdrücklich, daß die armenrechtlichen Spruchbehörden nach freiem Ermessen entscheiden können und an den Ausspruch des Sachverständigen nicht unbedingt gebunden seien, was ja bekanntlich für jede Begutachtung im Straf- und Zivilrecht sowie im Verwaltungsrecht gilt. Trotzdem wird der Psychiater eine gutachtliche Äußerung über diese Frage nicht ablehnen können, zumal die Aufforderung dazu sehr häufig von seiner eigenen Verwaltungsbehörde an ihn ergeht. Für die letztere hat die Entscheidung der Frage oft eine weittragende finanzielle Bedeutung; auch das rechtfertigt das Bemühen, in dieser rein psychiatrisch etwas nebensächlichen Frage möglichst genaue Richtlinien festzulegen. *Schott* meint: „daß eine so isoliert hervorgehobene geistige Fähigkeit ausschließlicher Begutachtung unterzogen wird, entspricht nicht den Grundsätzen irrenärztlicher Beurteilung.“ Aber es soll ja nicht die „Fähigkeit“ begutachtet werden, sondern die Frage, welcher krankhafte Geisteszustand so geartet ist, daß er diese Fähigkeit ausschließt. Und wenn wir überhaupt „soziale Psychiatrie“ treiben wollen, so dürfen wir uns bezüglich der Gegenstände, mit welchen zu befassen sich für uns ziemt, nicht zu sehr auf prinzipielle und formale Standpunkte stellen; sonst darf es uns nicht wundern, wenn Verwaltung und Rechtspflege die Resultate unserer Forschung bei ihren Entscheidungen nicht kennen und nicht berücksichtigen.

Während meiner Tätigkeit in Chemnitz sind von mir in 1½ Jahren in ca. 10 Fällen Gutachten über diese Frage erstattet worden. Bei der Begutachtung dieser Fälle habe ich Veranlassung gefunden, einmal die ganze Frage der freien Selbstbestimmung namentlich auf Grund der Entscheidungen der obersten Spruchbehörden (Bundesamt für das Heimatwesen und sächs. Oberverwaltungsgericht) zu bearbeiten. Bei der Durchsicht dieser Entscheidungen und bei Beschaffung anderer Literatur hat mich Herr Stadtamtmann Dr. *Hoppe* ständig mit Hilfe und Rat unterstützt und namentlich die juristischen Fragen mit mir durchgesprochen, wofür ich ihm zu großem Danke verpflichtet bin. Folgende Gesichtspunkte kommen für die psychiatrische Begutachtung in Betracht.

1. In § 10 des UWG. ist nach der Novelle vom 30. Januar 1908 das 16. Lebensjahr als der Zeitpunkt festgesetzt, von dem ab je-



mand selbständig einen Unterstützungswohnsitz erwerben kann. Ursprünglich war das 24., später das 18. Lebensjahr festgesetzt. Wenn für die Herabsetzung der Altersgrenze in erster Linie sozialpolitsche und wirtschaftliche Erwägungen sprachen (zahlreiche jugendliche Gelegenheitsarbeiter wechseln häufig ihren Aufenthalt), so kommt bei der Festsetzung des armenmündigen Alters doch auch in Betracht, daß das erreichte 16. Lebensjahr gerade in dieser sozialen Schicht einen bestimmten Grad der geistigen Entwicklung bedeutet: Abschluß der Schulzeit, Einsegnung, Loslösung von der elterlichen Unterstützung, Möglichkeit eigenen Erwerbes und damit Beginn der wirtschaftlichen Selbständigkeit (vgl. hierüber die Verh. der Reichstagskommission, Aktenst. Nr. 117). Zu allen diesen Vorgängen ist eine gewisse Selbständigkeit im Denken, Überlegen und Entschließen erforderlich, eine geistige Reife, die ein jüngerer Mensch noch nicht besitzt. Man ist deshalb berechtigt, wie dies auch auf anderen Gebieten der forensischen Psychiatrie (z. B. Geisteskrankheit, Geistesschwäche, Geschäftsfähigkeit nach dem BGB.) geschieht, die geistige Reife des 16jährigen Durchschnittsmenschen als Maßstab dafür zu nehmen, welcher Grad geistiger Störung des erwachsenen Menschen die freie Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsortes ausschließt. Oder mit anderen Worten: Wenn ich nachweisen kann, daß jemand infolge seiner geistigen Störung in bezug auf Erkennen, Überlegen und Entschließen sich wie ein unter 16 Jahren alter Mensch verhält, so kann ich ihm die Fähigkeit zur freien Selbstbestimmung bei der Wahl seines Aufenthaltsortes absprechen. Das ist die erste, direkte aus den gesetzlichen Bestimmungen hervorgehende Richtlinie für die Beurteilung der hier in Frage kommenden Geistesumstände.

2. Die in § 10, 11, 12 und 24 des UWG. und auch sonst wiederholt genannte einjährige (früher zweijährige) Frist für den Erwerb oder Verlust eines Unterstützungswohnsitzes beginnt von einem ganz bestimmten Tag (16jähriger Geburtstag, Zu- oder Wegzug aus einem Ort); der Tag ist in den meisten Fällen auf dem Verwaltungsweg genau festzustellen. Für die Begutachtung ergibt sich daraus, daß, wenn irgend möglich, der Geisteszustand gerade für diesen Tag festgestellt werden muß. Die Aufgabe liegt also ähnlich wie bei der Beurteilung der Geschäftsfähigkeit für ganz bestimmte Rechtshandlungen (Vertrags-



abschlüsse, Testamentserrichtungen, Eheschließungen). Der Sachverständige muß darauf dringen, daß ihm der in Betracht kommende Tag genau bezeichnet wird, und auch seinerseits in seinem Gutachten möglichst präzise die Zeit umschreiben, während welcher nach seiner Auffassung der von ihm geschilderte Geisteszustand bestand. Alle allgemeinen Angaben über einen Geisteszustand vor oder nach der fraglichen Zeit können eine Klärung der Frage nicht herbeiführen, zumal durch verschiedene Entscheidungen des Bundesamtes festgestellt ist, daß das wechselnde Verhalten eines chronischen Geisteskranken zwischen zwei Anstaltsinternierungen nicht ausreicht, um den Ausschluß der freien Selbstbestimmung anzunehmen (z. B. BH. 23, 4 B.).

3. § 12 und 24 des Gesetzes sprechen von den Umständen, durch welche die Annahme der freien Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsortes ausgeschlossen ist. Dazu gehört neben anderen später noch zu erwähnenden Momenten auch der Verfall in Geisteskrankheit. Ausdrücklich erwähnt ist die Geisteskrankheit im Gesetze ebensowenig wie die anderen Momente, noch weniger findet sich im Gesetze eine nähere Kennzeichnung des erforderlichen Grades oder der Art der Geisteskrankheit. Hier tritt im vollen Umfang die Rechtsprechung des Bundesamtes ein, das in zahlreichen Entscheidungen Richtlinien angegeben hat.

a) Zunächst geht daraus hervor, daß die freie Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsortes nicht ohne weiteres auszuschließen ist, weil ähnliche, aus der forensischen Psychiatrie bekannte Zustände vorliegen: „mangelnde oder beschränkte Geschäftsfähigkeit, Stellung unter Vormundschaft, elterliche Gewalt genügen an sich nicht. Auch die Vorschriften des bürgerlichen Rechtes über die Entmündigung Geisteskranker sind nicht unbedingt maßgebend, ebensowenig eine erfolgte gerichtliche Entmündigung“ (*Wohlers-Krech*). In einer Entscheidung (H. 25, 2. B.) äußert sich das Bundesamt darüber:

Die erwähnten gerichtlichen Entscheidungen (Freispruch eines Querulanten wegen Geisteskrankheit im Sinne des § 51 StrGB. und Entmündigung § 6 BGB.) sind für die Frage der zivilrechtlichen Handlungsfähigkeit von entscheidender, für die Frage der strafrechtlichen Zurechnungsfähigkeit von erheblicher Bedeutung. Für die Beurteilung einer Fähigkeit zum Erwerbe oder Verlust eines Unterstützungswohnsitzes ist dagegen davon auszugehen, daß nicht jeder Zustand geistiger Störung



ohne weiteres auch als ein die freie Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsortes ausschließend angesehen werden kann, so daß die zur Entscheidung berufenen Spruchbehörden eine selbständige Prüfung der Frage, ob im konkreten Falle die freie Selbstbestimmung in der erwähnten Richtung ausgeschlossen war, sich nicht entziehen können.

In dem hier angezogenen Fall fiel die Entscheidung des Bundesamtes vom 8. Okt. 1892 verneinend aus, obwohl der geisteskranke Querulant schon seit 11 Jahren entmündigt war. Aus zufälliger persönlicher Kenntnis des Falles, den ich später jahrelang in der Anstalt beobachtete, muß ich allerdings ergänzen, daß nach meiner Auffassung, die ich auch a. a. O. publiziert habe, dieser Querulant heute wohl weder entmündigt, noch wegen Gemeingefährlichkeit interniert würde.

Von diesem allgemeinen Grundsatz, daß die Entmündigung allein nicht von Bedeutung ist, weichen die Entscheidungen des Bundesamts in folgenden Fällen ab: Vor der Herrschaft des Reichsgesetzes über den Unterstützungswohnsitz galt in Preußen das Armenpflegegesetz vom 31. Dez. 1842, das keine besonderen Anordnungen bezüglich der freien Selbstbestimmung kannte. Es konnte nur vor erlangter Großjährigkeit kein Unterstützungswohnsitz erworben werden. In zwei zeitlich noch unter dieses Gesetz fallenden Fällen (H. 13, Nr. 4, H. 17, Nr. 6) entschied das Bundesamts: „Mochten nach diesem Gesetz Geisteskranke, so lange sie nicht gerichtlich für wahn- oder blödsinnig erklärt und unter Vormundschaft gestellt waren, das Hilfsdomizil erwerben oder verlieren können, so sind sie nach ihrer Bevormundung den Kindern unter 7 Jahren oder den Unmündigen gleichgestellt. Es kann daher auch nicht zweifelhaft sein, daß sie zum selbständigen Erwerb eines Hilfsdomizils auch nach ihrer Großjährigkeit völlig unfähig waren.“ Hier wird also die Tatsache der stattgehabten Entmündigung, nicht der geistige Zustand selbst, als ausschlaggebend betrachtet. Und wieder in Widerspruch dazu steht die Entscheidung H. 25 Nr. 2 A. vom 17. IX. 92, die sich ebenfalls noch auf einen Fall des früheren preußischen Armenrechts bezieht: Die Auffassung, daß der Geisteskranke nur nach erfolgter gerichtlicher Entmündigung (Interdiktion — Code civil) als willensunfähig anzusehen sei, wird als unrichtig bezeichnet; auch ohne Entmündigung habe er lediglich wegen seiner Geisteskrankheit selbständig kein Hilfsdomizil erwerben können. Diese Entscheidungen des Bundesamts sind also nicht völlig konsequent.

Bemerkenswert ist auch die Entscheidung H. 36 Nr. 2 vom 27. Februar 1904, daß ein wegen Trunksucht Entmündigter im Besitze der freien Selbstbestimmung ist; „denn er steht in Ansehung seiner Geschäftsfähigkeit einem Minderjährigen gleich, der das 7. Lebensjahr vollendet hat“.



Für den Sachverständigen ergeben sich aus diesen Entscheidungen folgende Gesichtspunkte. Das Bundesamt begnügt sich nicht mit den von anderen Behörden gemachten Feststellungen, daß der Kranke seit irgendwann geschäftsunfähig oder entmündigt ist, sondern tritt in jedem Fall in eine sachliche Prüfung ein, ob an dem bestimmten Tage die freie Selbstbestimmung aufgehoben war. Wenn aber der Sachverständige zu der Überzeugung kommt, daß der Kranke in der in Betracht kommenden Zeit geisteskrank im Sinne des § 6 BGB. oder geschäftsunfähig im Sinne des § 104 BGB. war, so kann er auch die freie Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsortes als ausgeschlossen annehmen. Denn sowohl die Geisteskrankheit des § 6 BGB. als der die freie Willensbestimmung ausschließende Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit im Sinne des § 104 BGB. sind der geistigen Leistungsfähigkeit eines unmündigen — unter 7 Jahre alten — Kindes gleich, stehen also unter der geistigen Reife des armenmündigen Alters. In diesem Sinne kann aber für den Sachverständigen die Entmündigung wegen Geisteskrankheit oder die völlige Geschäftsunfähigkeit als Maßstab für den Ausschluß der freien Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsortes gelten. Und wenn der armenrechtlichen Spruchbehörde überzeugend nachgewiesen wird, daß einer dieser Zustände in der fraglichen Zeit bei dem Geistesgestörten vorhanden war, so wird wohl auch ihre Entscheidung die freie Selbstbestimmung ausschließen. Auch in der Entscheidung des Bundesamtes vom 10. Mai 1884 (H. 16 Nr. 4) werden die Bezeichnungen „geradezu unzurechnungsfähig und der eigenen Willensbestimmung völlig beraubt" gebraucht, um den Zustand zu charakterisieren, der die freie Selbstbestimmung ausschließt. Das sind aber die Kennzeichen der Geschäftsunfähigkeit im Sinne des § 104 BGB. Die Entmündigung wegen Geistesschwäche, Trunksucht, Verschwendung oder beschränkte Geschäftsfähigkeit ist dagegen kein Maßstab für den Ausschluß der freien Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsortes. Hier muß der Sachverständige auch prüfen, ob daneben für eine bestimmte Zeit der Geisteszustand so verändert war, daß, wie bei einem unter 16jährigen Menschen, eine freie Selbstbestimmung ausgeschlossen werden konnte. Denn Geistesschwäche und beschränkte Geschäftsfähigkeit entsprechen je einem Alter von 7—21 Jahren.



b) Gegenüber dem § 8 BGB. (Wer geschäftsunfähig oder in der Geschäftsfähigkeit beschränkt ist, kann ohne den Willen seines gesetzlichen Vertreters einen Wohnsitz weder begründen noch aufheben) sind die oben erwähnten Entscheidungen des Bundesamtes wohl so zu verstehen, daß der gesetzliche Vertreter einem beschränkt Geschäftsfähigen wohl einen bestimmten Wohnsitz anweisen oder einen anderen Aufenthaltsort verbieten kann; wenn er aber direkt oder durch Stillschweigen seine Zustimmung zu dem vom Unmündigen gewählten Aufenthalt gibt, so kann dieser dort einen Unterstützungswohnsitz erhalten, wenn der sonst beschränkt Geschäftsfähige nur im Besitz der geistigen Fähigkeiten ist, welche zur Selbstbestimmung des Aufenthaltsortes nötig sind. Umgekehrt genügt die Zustimmung des gesetzlichen Vertreters des völlig oder beschränkt Geschäftsfähigen oder Entmündigten nicht, um einen neuen Unterstützungswohnsitz zu begründen, wenn er in der fraglichen Zeit infolge einer geistigen Störung der speziellen Fähigkeit der freien Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsortes ermangelt.

c) Die Entscheidungen des Bundesamtes und des sächsischen Oberverwaltungsgerichts enthalten ein ziemlich zahlreiches kasuistisches Material, aus dem die Auffassung dieser Behörden über die freie Selbstbestimmung bei bestimmten abnormen Geisteszuständen zu erkennen ist. Aus diesen Entscheidungen ist folgender prinzipielle Gesichtspunkt abzuleiten: Die Unfähigkeit zur freien Selbstbestimmung der Wahl des Aufenthaltsortes muß positiv nachgewiesen werden. Es genügt nicht, wenn der Sachverständige, wie etwa bei der Prüfung der Unzurechnungsfähigkeit, zu dem Resultat kommt: es ist nicht auszuschließen, daß der Kranke in der fraglichen Zeit durch seinen geistigen Zustand in der freien Selbstbestimmung behindert war. Es müssen also bestimmte Tatsachen angegeben werden, aus denen auf einen Mangel der freien Selbstbestimmung geschlossen werden kann (Entscheidung des B.-A. H. 15 Nr. 2).

Neben diesen mehr negativen Feststellungen lassen sich aus den Entscheidungen einige positive Ergebnisse ziehen, die dem Sachverständigen zeigen, wie das Bundesamt die freie Selbstbestimmung und ihren Ausschluß durch geistige Störung aufgefaßt haben will. Denn das, was *Wohlers-Krech* in seinem Kommentar darüber ausführt (z. B. S. 13, 25, 26), sind lediglich Umschreibungen der im Gesetz

gebrauchten Bezeichnung, mit denen der Sachverständige nicht viel anfangen kann. („Die freie Selbstbestimmung setzt Willensfreiheit voraus." „Für das Fehlen der freien Selbstbestimmung wird mangelnde Willensfähigkeit vorausgesetzt.") Auch die Erläuterung von *Eger*: „die Geistestätigkeit muß derartig gestört sein, daß sie einen Mangel der freien Selbstbestimmung in sich schließt," ist lediglich eine Umschreibung. Das Bundesamt selbst hat sich verschieden ausgesprochen und zwar gewöhnlich in einer negativen Fassung, indem es ausführt, daß eine bestimmte geistige Störung noch nicht die gleich näher zu bezeichnende Fähigkeit und damit noch nicht die Fähigkeit zur freien Selbstbestimmung ausschließe. Zweifellos ist aber in dieser negativen Formulierung das enthalten, was das Bundesamt unter der Fähigkeit zur freien Selbstbestimmung versteht. So wird H. 22 Nr. 2 (Entsch. vom 8. II. 1890) dargetan: „Wahnideen schließen nicht unbedingt die Fähigkeit aus, selbständige Entschlüsse zu treffen, welche der augenblicklichen Lage der Verhältnisse und dem beabsichtigten Zweck durchaus entsprechen, daher an sich vernünftig sind." — In einer Entscheidung vom 19. XII. 1908 (H. 41, Nr. 9) heißt es: „Der Kranke hat (trotz der bestehenden Wahnideen) in der fraglichen Zeit noch selbst für seinen Lebensunterhalt gesorgt, ohne daß Mangel an selbständiger Überlegung und Entschließung hervorgetreten wäre."

Die einzige positive Definition der Fähigkeit zur freien Selbstbestimmung, die ich in den Entscheidungen des Bundesamtes finden konnte, ist offenbar ohne Berücksichtigung dieser früheren Auffassungen entstanden (H. 46, Nr. 3, Entsch. v. 19. X. 1912). — Sie lautet: „Die auf den Wechsel des Aufenthaltsortes gerichtete Willensbildung erfordert eine verhältnismäßig einfache Gedankenoperation. Die den Wechsel vollziehende Person braucht sich nur der Verschiedenheit beider Orte bewußt zu sein und den Willen zu bilden vermögen, daß sich ihr Leben fortan, anstatt an dem bisherigen, an dem zweiten Orte abspiele. Welche Motive für den Aufenthaltswechsel maßgebend sind, ist unerheblich." — Diese Definition steht nicht nur in Widerspruch mit den früheren Entscheidungen; sie ist auch vom normalpsychologischen Standpunkte aus ungenügend und unvollständig. Denn wie man auch sonst die freie Selbstbestimmung bei der Wahl eines Aufenthaltsortes auffaßt: Zweifellos genügt dazu



nicht, daß man sich nur der Verschiedenheit zweier Orte schlechtweg bewußt ist. Das ist sich auch ein 4—5jähriges Kind bewußt, daß es gestern am Wohnort der Eltern war, heute am Wohnort eines Verwandten ist. Ebenso sehr schwer gestörte Geisteskranke. Aber von einem Menschen, der sich „selbständig" einen neuen Wohnsitz suchen will, muß man doch mindestens verlangen, daß er die beiden Orte in bezug auf ihre Eignung für seine Arbeits- oder sonstigen Zwecke unterscheiden kann, also Gründe für die Wahl des einen oder anderen Ortes weiß; das ist also das, was in den beiden anderen Entscheidungen ausgesprochen ist. Ferner genügt es zu der freien Selbstbestimmung nicht, daß der „Wille gebildet wird", fortan in dem anderen Ort zu leben: der Wille muß doch ausgeführt werden können. Das geht schon aus einer gleich nachher zu besprechenden Entscheidung hervor, wonach ein Mensch, der infolge einer zerebralen Sprachstörung sich mit seiner Umgebung nicht verständigen kann, die Fähigkeit zur freien Selbstbestimmung nicht besitzt. Denn „ohne die Möglichkeit, den Willen zu äußern, ist dieser für die Außenwelt und den Rechtsvertreter als nicht vorhanden anzusehen" (H. 35, Nr. 8). Endlich widerspricht es jedem forensisch-psychiatrischen Grundsatz, wenn die Entscheidung sagt: „Welche Motive für den Aufenthaltswechsel maßgebend sind, ist unerheblich." Gerade die Motive sind es ja, die oft zeigen, daß bei der fraglichen Handlung der Wille oder die Selbstbestimmung nicht „frei" war, sondern durch krankhafte seelische Vorgänge geleitet wurde, z. B. durch Angst, Wahnideen, Urteilsschwäche, welche die dem normalen Menschen naheliegenden Schlüsse nicht zu bilden erlaubt. — Vom psychiatrischen Standpunkt wäre es zu bedauern, wenn diese Entscheidung der obersten Spruchbehörde weiteren Rechtsprechungen auch der unteren Instanzen als Vorbild diente. Mehr anzufangen ist mit dem Ausdruck, der sich gelegentlich in den Entscheidungen findet und auch in den Kommentaren vielfach wiederkehrt: „es muß richtiges Wollen und Erkennen hinsichtlich der Wahl des Aufenthaltsortes ausgeschlossen werden". Wenn man darunter versteht: Richtiges (d. h. nicht durch krankhafte Vorgänge bestimmtes, mit der Wahrnehmung und Begriffsbildung des Normalen erworbenes) Erkennen dessen, was an einem Ort dem Individuum sympathisch ist, und Umsetzen dieser Erkenntnis in entsprechende sachgemäße Willens-

äußerungen — so ist damit ein Anhaltpunkt für die Beurteilung gegeben, mit dem man schon mehr anfangen kann.

Wie sehr das Bundesamt positive Beweise dafür verlangt, daß krankhafte psychische Veränderungen gerade zur Zeit des Umzuges oder während des Fristenlaufes die freie Selbstbestimmung ausschließen, geht aus folgendem Fall (H. 22, Nr. 2) hervor:

Ein Mädchen stand in Braunschweig in Dienst und fiel schon damals durch die von ihr geäußerten Größen- und Verfolgungsideen auf. U. a. sagte sie, sie müßte in Braunschweig bleiben, weil ihr wahnhafter Verfolger eine Entfernung nicht dulde und ihr wahnhafter, fürstlicher Beschützer das Geld für ihren Unterhalt nach Braunschweig schicke. Als sie dann doch noch nach Berlin zog, erkannte ihr das Bundesamt doch die freie Selbstbestimmung bei diesem Wechsel des Aufenthalts zu, weil „nicht bewiesen sei, daß dieser Wechsel durch die Wahnvorstellungen der N. bei derselben innerlich erzwungen gewesen sei". Es müsse „als feststehend angesehen werden, daß die N. durchaus selbständig, von keiner Seite äußerlich beeinflußt, ihren Aufenthalt von Braunschweig nach Berlin verlegt hat".

Der in diesen Ausführungen enthaltene logische Fehler ist leicht erkenntlich: gerade daß sie ohne äußerliche Beeinflussung ihren Wohnsitz verlegte, legt den Gedanken nahe, daß diese chronisch Verrückte, die dann in Berlin zur Irrenanstaltsbehandlung kam, durch ihre Wahnideen getrieben, Braunschweig verließ.

Eine durch die geistige Störung verursachte berufliche Unfähigkeit und wirtschaftliche Unselbständigkeit, auch wenn sie dem Kranken von anderen Personen, z. B. von einem Verwandten, abhängig macht und an deren Wohnsitz bindet, bedingt an sich noch nicht Mangel an freier Selbstbestimmung. Andererseits beweist die Tatsache, daß jemand arbeitsfähig und imstande ist, seinen Lebensunterhalt selbst zu verdienen, noch nicht, daß er im Besitz der freien Selbstbestimmung ist; denn beurlaubte, entlassene oder in Familienpflege befindliche Geisteskranke leisten nicht selten Arbeit, deren wirtschaftlicher Nutzen, in Geld umgerechnet, nicht unerheblich ist (Entscheidung des sächs. Oberverwaltungsgerichts v. 15. VI. 1901. Jahrb. d. Sächs. OVG. Bd. I, S. 146).

d) Daß die klinische Form der Geistesstörung nicht prinzipiell für die Annahme oder den Ausschluß der freien Selbstbestimmung maßgebend ist, ist eigentlich selbstverständlich. Man kann also nicht sagen: Progressive Paralyse oder Dementia praecox oder chro-

nische Paranoia oder Imbezillität bedingen Ausschluß der freien Selbstbestimmung. In diesem Sinne ist auch die Bemerkung S. 25 Abs. 4 in dem Kommentar von *Wohlers-Krech* zu verstehen; die hier aufgezählten Krankheitsformen sind nur einzelne den Entscheidungen des Bundesamtes entnommene Beispiele dafür, daß im betreffenden Falle nach der ganzen Sachlage trotz des Vorhandenseins dieser geistigen Erkrankung die freie Selbstbestimmung nicht auszuschließen war.

Bereits oben wurden die Fälle angeführt, bei denen chronische mit Wahnideen einhergehende Paranoia nicht die freie Selbstbestimmung ausschloß. In einem anderen Falle (H. 23, 4 B.) handelt es sich um eine in Attacken verlaufende Geistesstörung, wahrscheinlich Dementia praecox. Zwischen zwei Anstaltsaufenthalten war trotz mancher Wunderlichkeiten der Zustand der Kranken so, daß ihr die freie Selbstbestimmung zuerkannt wurde.

Am häufigsten kommen Erörterungen über große geistige Beschränktheit, geistige Schwäche, in einem Falle kompliziert mit Taubstummheit, also offenbar angeborener Schwachsinn vom Grade der Idiotie bis Imbezillität (H. 13, Nr. 3a; H. 15, Nr. 2; H. 195a u. 5 B.). Immer wieder führt das Bundesamt aus, daß der Nachweis des Schwachsinns im allgemeinen nicht zum Ausschluß der freien Selbstbestimmung genügt. Auch hier kommen Widersprüche vor, so wenn in H. 19, 5 B. als Beweis für die erhaltene Fähigkeit der freien Selbstbestimmung angeführt wird, daß der Kranke gearbeitet habe, konfirmiert wurde und jedes Jahr zum Abendmahl ging, während die Entscheidung H. 46, Nr. 3 ausdrücklich hervorhebt, es sei unerheblich, daß der Kranke wegen seiner geistigen Schwäche nicht zur Kommunion und Beichte zugelassen wurde.

Zu dem von *Schott* zu der Frage der freien Selbstbestimmung mitgeteilten Fall handelt es sich gleichfalls um einen „Schwachsinnigen mittleren Grades“ mit ausgesprochenen ethischen Defekten. In den Gutachten wird ausgeführt, daß er infolge seiner krankhaften Eigenschaften und Mängel nicht in der Lage sei, außerhalb der Anstalt ohne Störung der Rechtssicherheit sich zu halten und durchzubringen. Deshalb sei auch keine freie Willensbestimmung bei ihm vorhanden. Trotzdem wies die beklagte Ortsarmenbehörde die Ersatzansprüche zurück mit der Begründung, daß N. genügend seine Fähigkeit, seinen Aufenthaltsort selbst zu bestimmen, erwiesen habe, indem er aus der Anstalt entwich, auf die Wanderschaft ging und bei verschiedenen Werkmeistern gegen Tagelohn arbeitete. Demgegenüber komme es nicht in Betracht, ob er sich ehrlich oder unehrlich durchs Leben bringt.

Die Schwierigkeiten und Differenzen bei der Beurteilung der Schwachsinnszustände auf allen forensisch psychiatrischen Gebieten



rühren zum großen Teil davon her, daß der medizinische Laie, auch der Jurist, den (angeborenen) Schwachsinn immer noch für etwas völlig anderes hält als die Geisteskrankheit und glaubt, die ersteren Zustände stehen der „physiologischen Dummheit“ nahe, während es in Wirklichkeit für diese Betrachtungen doch völlig gleichgültig ist, ob ein Defekt der geistigen Leistungsfähigkeit durch eine krankhafte angeborene Entwicklungsstörung des Gehirns oder durch später erworbene Krankheitsprozesse des Gehirns zustande kommt. Aufgabe der Sachverständigen ist es daher, bei allen Schwachsinnszuständen das Moment der krankhaften Entwicklungshemmung oder Störung besonders zu betonen. Außerdem haben wir ja gerade bei den Schwachsinnszuständen sowohl bei der methodischen Untersuchung, als bei der praktischen Anwendung ihrer Ergebnisse es besonders leicht, indem wir hier den Vergleich mit den Altersstufen des normalen jugendlichen Durchschnittsindividuum heranziehen können, die ja tatsächlich ein Tertium comparationis zwischen den Erscheinungen in klinischer Hinsicht und den Rechtsbegriffen bilden. Man wird also auch für die vorliegende Frage immer zu untersuchen haben, ob der Schwachsinn seinen Träger einem Menschen unter oder über 16 Jahren — das armenmündige Alter — in bezug auf die geistige Entwicklung gleich macht.

Einen eigenartigen Fall gibt die Entscheidung H. 35, Nr. 8 vom 17. I. 99 wieder. Ein Kranker hat durch einen Schlaganfall die Sprache verloren (Aphasie), kann sich aber durch Geberden notdürftig verständlich machen. „Auch wenn er seines Verstandes nicht völlig beraubt ist, kann er seinen Willen im bezug auf die Wahl seines Aufenthaltsortes nicht verständlich ausdrücken. Ohne die Möglichkeit, den Willen zu äußern, ist dieser für die Außenwelt und den Rechtsvertreter als nicht vorhanden anzusehen.“ Einen solchen Aphasiker würde man nicht entmündigen können; man würde ihm höchstens als einem geistig Gebrechlichen einen Pfleger nach § 1910 BGB. bestellen können. *Cramer* hat sogar gezeigt, daß ein Mann mit schwerer Sprachstörung als Zeuge vernommen werden konnte. Ich glaube allerdings, daß in den meisten Fällen reiner Aphasie mindestens mit Hilfe eines Sachverständigen eine Erkennung der richtigen Willensmeinung der Kranken möglich ist.

Daß die Entscheidungen der obersten Spruchbehörde mancherlei Widersprüche untereinander und mit gesicherten Tatsachen der klinischen Psychiatrie aufweisen, kommt m. E. zum großen Teil daher, daß genügend ausführliche und genügend begründete, mit den Anforderungen des Gesetzes vertraute Sachverständigengutachten in dieser Frage dem Bundesamt noch nicht in großer Anzahl vorliegen. Wenn sie häufiger eingefordert und in entsprechender Weise erstattet werden, wird sich auf diesem Gebiet noch manches klären lassen.

Der Sachverständige wird aber aus diesem Material den Schluß ziehen können, daß für die Entscheidung der Frage der freien Selbst-





bestimmung nicht die klinische Form der Geistesstörung von Bedeutung ist, sondern lediglich die Umstände des einzelnen Falles, daß hier an der Hand positive Tatsachen die Unfähigkeit zum Erkennen, Überlegen und Entschließen, sowie Betätigung des Entschlusses nachgewiesen werden muß, und daß ein wesentliches Hilfsmittel der Vergleich mit der geistigen Reife der zuständigen Altersstufe ist.

4. Die freie Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsortes im Sinne des § 12 unseres Gesetzes kann außer durch den inneren Vorgang einer Geisteskrankheit auch durch äußeren Zwang ausgeschlossen sein, z. B. durch die zwangsmäßige Verbüßung einer Freiheitsstrafe. Andere solche Momente sind die durch eine öffentliche Behörde, nämlich die Polizei, zwangsweise verfügte Unterbringung einer geschlechtskranken Prostituierten in einem Krankenhaus; denn sie werden dort wie Gefangene gehalten (H. 13, Nr. 3 a). Ebenso, wenn eine Person aus gesundheitspolizeilichen Gründen durch polizeiliche Anordnung in ihrer Wohnung interniert wird, z. B. ein Typhusträger. In derselben Lage befinden sich auch offenbar Geisteskranke, die, ohne zunächst im armenrechtlichen Sinne hilfsbedürftig zu sein, und ohne daß sie infolge ihrer geistigen Störung unfähig zur freien Selbstbestimmung wären, wegen Gemeingefährlichkeit auf polizeiliche Anordnung in einer Anstalt verwahrt werden. Bei einem gemeingefährlichen Geisteskranken ruht also, solange er auf polizeiliche Anordnung in eine Irrenanstalt verwahrt wird, die einjährige Frist, ohne daß etwa noch ein durch die Geistesstörung selbst bedingter Mangel an freier Selbstbestimmung nachgewiesen werden muß. Dagegen ist die Unterbringung eines entmündigten Trinkers in einer Trinkerheilanstalt durch den Vormund kein äußerer Zwang, der die freie Selbstbestimmung ausschließt (Entscheidung H. 36, Nr. 2 vom 27. II. 1904); denn die Anordnung des Vormundes ist keine öffentliche Maßregel, wie die polizeiliche Verwahrung; auch wird angenommen, daß der Trinker, indem er sich den Anordnungen des Vormundes fügt, freiwillig in die Anstalt ging. Endlich wird er auch in der Trinkeranstalt nicht unter Verschluß gehalten oder gegen seinen Willen zurückgehalten. Diese Verhältnisse werden aber anders, wenn das neue Strafgesetzbuch die Verwahrung der Trinker in einer entsprechenden Anstalt als öffentliche Maßregel des Strafvollzugs bringt.



Daß der wegen Trunksucht Entmündigte nicht durch diese Entmündigung die Fähigkeit zur freien Selbstbestimmung verliert, wurde oben angeführt. Den Unterschied zwischen privater und öffentlicher Unterbringung muß man auch an Fürsorgezöglingen beachten. Wenn ein Vormund sein 18jähriges Mündel in ein Dienstverhältnis bringt, so ist dies kein Ausschluß der freien Selbstbestimmung, weil es sich hier um eine private Maßregel handelt (Entscheidg. H. 35, Nr. 3 trotz § 8 BGB., vgl. S. 258). Wenn aber ein 18jähriger Fürsorgezögling durch die Organe der Fürsorgeerziehung an einem bestimmten Ort in einer Dienststelle untergebracht wird, so ist dadurch die freie Selbstbestimmung ausgeschlossen, weil es sich hier um eine Maßregel einer öffentlichen Einrichtung, der Fürsorgeerziehung handelt (Entscheidung H. 40, Nr. 2). Diese mehr formalen Einzelheiten des § 12 kommen gelegentlich auch für den psychiatrischen Sachverständigen in Betracht. Endlich enthalten die §§ 11 und 23 des Gesetzes noch eine Bestimmung, die unter Umständen auch in das Gebiet der psychiatrischen Sachverständigen reicht. Darnach kann durch Eintritt in eine Kranken-, Bewahr- oder Heilanstalt der Aufenthalt oder die Abwesenheit nicht begonnen werden. Wie *Eger* anführt, hat diese Bestimmung lediglich den Zweck, zu verhindern, daß der Eintritt in eine Anstalt einen Wohnsitz begründe an einem Orte, an dem jemand überhaupt nicht wirtschaftlich tätig gewesen ist, sondern wohin er sich nur zur Behandlung einer Krankheit begeben habe. Sonst würden Orte mit solchen Heilanstalten eine große Unterstützungslast bekommen. Hat aber jemand an dem Orte der Heilanstalt gearbeitet und sich wirtschaftlich betätigt und tritt dann nach einiger Zeit in die Anstalt ein, so unterbricht dieser Anstaltsaufenthalt den Fristenablauf nicht. Dadurch unterscheidet sich der freiwillige Eintritt in eine Anstalt (§ 11) wesentlich von dem durch öffentliche Maßregeln erzwungenen (§ 12).

Kasuistik. — Um die komplizierte Sachlage zu kennzeichnen, sollen hier einige der begutachteten Fälle auszugsweise berichtet werden.

1. Alte, in Attacken verlaufende Dementia praecox eines jetzt 53jähr. Arbeiters: 1. Erkrankung 1880, während der militärischen Dienstzeit. 2. Attacke 1885 mit Angst, Verfolgungsideen, impulsiven Handlungen; Aufnahme in Bezirksanstalt in Zsch. Entmündigung 1885. 1886 ist er besser, arbeitet gegen Lohn bis 1889 bei demselben Meister in L. 1889 kehrt er nach Zsch. zurück zu seiner Mutter und ist seit 1890 wieder so



krank, daß er 1894 wegen gewalttätiger Handlungen wieder in die Anstalt eingewiesen wird. 1895 entweicht er, wird zurückgebracht. Am 23. V. 96 wird er von der Mutter abgeholt und in ihrem neuen Wohnort in Ch. gepflegt. Seitdem lebt er in Ch., erst in Pflege der Mutter, nach deren Tod bei verheirateten Schwestern, geht ab und an zur Arbeit, muß aber zu Hause völlig besorgt werden, kann sich selbständig weder Arbeit noch Wohnung, noch Kleidung besorgen. 1901 kommt er wegen der 4. Attacke seiner Geistesstörung in das Krankenhaus, wird bald wieder entlassen und weiter in Familie gepflegt. Seit 1911 — die 5. Attacke — befindet er sich dauernd in der Anstalt. Soweit Schilderungen der Attacken vorliegen, verlaufen sie in der gleichen Weise: ängstlich-halluzinatorische Erregungs- und Verwirrungszustände, stuporöses Verhalten und zunehmende Demenz.

Zur Begutachtung stand die Frage, ob er, als am 23. V. 96 nach seiner Entlassung aus der Anstalt in Zsch. mit seiner Mutter von Zsch. nach Ch. zog, sich diesen Aufenthaltsort frei selbst bestimmt hat. Diese Fähigkeit mußte ausgeschlossen werden, denn man ließ ihn damals nicht allein aus der Anstalt weg, sondern bestand darauf, daß ihn die Mutter abholte. Auch zeigte sein unordentliches Verhalten zu Hause, die Unfähigkeit, selbst auch nur im geringsten für seine körperliche Reinlichkeit, Nahrung und Kleidung zu sorgen, die Tatsache, daß er von den Verwandten als ein Pflegling übernommen wurde, zur Genüge, daß er sich wie ein unter 16 Jahre alter Mensch verhielt. Wenn er gelegentlich durch Arbeiten Geld verdiente, so wurde darauf hingewiesen, daß Erwerbstätigkeit nicht ohne weiteres auch die Fähigkeit zur freien Selbstbestimmung bedeutet.

Der verklagte Verband Zsch. erkannte die Ausführungen an, folgerte aber mit Recht daraus, daß dann auch schon 1889, als der Pat. wieder erkrankte, von L. nach Zsch. kam, derselbe Zustand bestanden habe, so daß die Unterstützungslast also dem O. A. V. L. zufiel.

2. 75jähr. Invalide. Wurde 29. IV. 12 wegen einer Melancholie mit ängstlichen Versündigungswahnideen eingeliefert. Er war von diesen Wahnideen völlig beherrscht, hörte die Stimme Gottes, die ihm befahl, seine Enkel zu töten, und äußerte Selbstmordabsichten. Dieser Zustand, bei dem jedes Denken und Überlegen von krankhaften Wahnideen abhängig war, schloß die Fähigkeit der freien Selbstbestimmung im Mai 1912 sicher aus. Aus der Vorgeschichte konnte zudem wahrscheinlich gemacht werden, daß dieser Zustand schon zu Weihnachten 1911 (5 Monate vor der Aufnahme), in ähnlicher Weise bestanden hatte. Da er erst am 24. VIII. 11 von St. nach Ch. verzogen war, so war durch die Aufhebung der freien Selbstbestimmung der einjährige Fristenlauf unterbrochen.

3. 35jähr. ledige Frauensperson. Mehrere außerehel. Kinder, leidet schon seit vielen Jahren (mindestens seit 1908) an Dementia praecox, wurde 1909 wegen Geisteskrankheit entmündigt (Vater hatte Entmündigung wegen Geistesschwäche beantragt), machte 1910 Selbstmordversuch,



zog 1910 nach Ch. Hat ohne Grund die ihr vom Vormund besorgte Wohnung verlassen, sich Männern preisgegeben, wurde von der Schwester aufgenommen, konnte auch hier nicht bleiben, ist seit Anfang 1913 in Anstalt. Hört ständig beschimpfende Stimmen und bezieht die Reden anderer Kranken auf sich; will aus der Anstalt wieder weg, damit sie vor diesen Belästigungen Ruhe bekommt.

Der Selbstmordversuch im Jahre 1910 und die damals erfolgte Entmündigung wegen Geisteskrankheit beweisen, daß die Geisteskrankheit schon damals in einem Grade bestand, der sie einem Kinde unter 7 Jahren gleichstellte. Der häufige, unmotivierte Wohnungswechsel und das Verhalten in der Anstalt beweisen außerdem, daß sie bei der Wahl ihrer Aufenthaltsorte nicht von vernünftigen Erwägungen, sondern von krankhaften Momenten (Sinnestäuschungen und Wahnideen) geleitet wurde.

4. 38jähr. Arbeiter. Alte Dementia praecox. War von 1908 bis 1910 in einer hessischen Irrenanstalt, wurde Ende September 1910 dort als „geheilt" zu seiner Mutter nach Ch. entlassen; in der gleichen Zeit erhielt die Mutter von der Direktion die Auskunft, daß zwar Besserung eingetreten sei, bei der Natur des Leidens erscheine aber ein dauernder Bestand der Besserung zweifelhaft. Von Ende 1910 bis Herbst 1912 beschäftigte er sich gegen Lohn, teils in Ch., teils in benachbarten Orten, galt bei seinen Arbeitgebern als beschränkt, aber arbeitsfähig, suchte sich auch, als gelegentlich Arbeitsmangel eintrat, eine neue Stelle. Am 1. XI. 12 wurde er mit einer neuen Attacke seiner Erkrankung (Sinnestäuschungen, sprunghafte Wahnideen, dauernde motorische Erregung) in die Anstalt aufgenommen und blieb seitdem dauernd darin. Obwohl schon aus dem hochgradigem psychischen Zerfall auf ein weites Zurückreichen der Erkrankung geschlossen werden konnte, und trotzdem er aus der vorigen Anstalt sicher nicht genesen nach Ch. gekommen war (der Direktor dieser Anstalt hatte auf eine nachträgliche Anfrage sogar angegeben, daß der Kranke z. Zt. der Entlassung nicht geschäftsfähig und nicht im Besitz der freien Selbstbestimmung gewesen sei), mußte ihm für den Termin des Zuzuges nach Ch. — Ende September 1910 — und die folgende Zeit die Fähigkeit zúr freien Selbstbestimmung zuerkannt werden, weil er offenbar sich selbständig bei der Auswahl und Aufsuchung von Arbeitsgelegenheiten betätigte. Daraufhin wurde auf eine weitere Verfolgung der Sache verzichtet.

5. 60jähr. Frau. Manisch-depressives Irresein. Seit 1898 wiederholt in Anstalten, zuletzt 1902 wegen „Melancholie und Demenz", 1903 und 1904 in Familienpflege, liegt „völlig teilnahmlos zu Bett". Im Sommer 1905 ist sie mit dem sie pflegenden Sohn nach Ch. gezogen; schon Ende 1905 wurde wieder wegen ihres geistigen Zustandes ärztliche Hilfe in Anspruch genommen. Seit 1910 in der Anstalt in einem chronisch-manischen Zustand, der jede freie Selbstbestimmung ausschließt. Eine solche war auch im Sommer 1905 mit höchster Wahrscheinlichkeit aus-



zuschließen, da die Frau vorher und nachher als schwer stuporös und gehemmt bezeichnet wurde.

6. 18jähr. Mädchen. Imbezillität und Pfropfhebephremie, zog am 1. X. 1910 mit ihren Eltern nach Ch., wurde am 28. VII. 1911 16 Jahre, befindet sich seit 21. X. 12 wegen schweren hebephremen Stupors in der Anstalt. Bei Erreichung des 16. Lebensjahres war sie noch nicht 1 Jahr in Ch., mußte sich also erst dort durch einjährigen Aufenthalt den Unterstützungswohnsitz erwerben. Es fragt sich, ob sie an ihrem 16. Geburtstag geistig so war, daß sie die freie Selbstbestimmung besaß. Durch Zeugen wurde nachgewiesen, daß sie in dieser Zeit nur einfache häusliche Arbeiten unter Aufsicht machte, nur Häkeln und Stricken konnte, Uhr und Geld nicht kannte; nichts besorgen konnte, wenn man das Gewünschte nicht für den Kaufmann auf einen Zettel schrieb; ferner daß sie auch bei einfachen 10 Minuten dauernden Wegen, die sie in Begleitung schon öfter gemacht hatte, sich allein nicht zurechtfand und verirrte. Sie hätte keine Eisenbahnfahrt machen, keine Stellung antreten können. Ende des Jahres 1911 traten schon ängstliche Erregungszustände bei ihr auf.

Hier bestand also zur Zeit der Erreichung des armenmündigen Alters schon eine deutliche Geistesschwäche, die sie auf die Stufe eines höchstens 8—10jährigen Kindes herunterdrückte. Die Einzelheiten zeigten ferner, daß ihr das richtige Erkennen und Wollen in bezug auf Wahl des Aufenthaltsortes vollkommen fehlte. Zudem traten noch während des einjährigen Fristenlaufes die ängstlichen Erregungszustände der beginnenden Hebephrenie auf, die sie gleichfalls der Fähigkeit zur freien Selbstbestimmung beraubten.

7. 35jähr. Arbeiter. Schwere Dementia praecox. 1909 bis 1911 Gefängnisstrafe wegen unzüchtiger Handlungen am eigenen Kind. Darnach Selbstmordversuch; war offenbar damals schon geisteskrank. August 1911 im Krankenhaus Ch. wegen Neurasthenie, dann wieder auswärts gearbeitet. Am 7. III. 12 wieder ins Krankenhaus Ch. wegen nervöser Beschwerden. Von da am 9. III. 12 wegen Erregung in die Anstalt. Über den Grad der Geistesstörung kann man folgendes sagen: Jetzt und seit Beginn seines Aufenthaltes in der Anstalt ist das Denken, Entschließen und Handeln so hochgradig von Sinnestäuschungen und Wahnideen beeinflußt, daß man ihm jede Fähigkeit zur freien Willensbestimmung, also auch zum richtigen Wollen und Erkennen hinsichtlich der Wahl seines Aufenthaltsortes absprechen muß. Sicher ist auch am 9. III. 12 seine freie Selbstbestimmung bei der Wahl seines Aufenthaltsortes ausgeschlossen gewesen. Das geht schon daraus hervor, daß er nicht aus eigner Entschließung vom Krankenhaus sich in die N. H. A. begab, sondern hierher verlegt wurde, weil er sich wegen seiner Geistesstörung höchst ungeordnet benahm. Wahrscheinlich wird auch schon bei seinem Eintritt in das Krankenhaus am 7. III. 12 seine freie Selbstbestimmung bei der Wahl seines Aufenthaltsortes ausgeschlossen gewesen sein. Wie lange schon vorher und von welchem Zeitpunkt ab dies der Fall war,



ann man jetzt bei den mangelhaften Angaben über sein Verhalten vor er zweiten Aufnahme ins Krankenhaus nicht mehr feststellen.

8. 32jähr. Frau war in der Anstalt vom 4. bis 23. X. 12 in Behandung wegen eines Verstimmungszustandes, der sich bald besserte, so daß ie bei ihrer Entlassung nicht mehr als geisteskrank betrachtet werden onnte. Wie das ganze Verhalten der Pat. zeigte, handelte es sich um ine auf dem Boden einer degenerativen Anlage entstandene psychische Störung, die sich in gelegentlichen Erregungs- und Verstimmungszuständen äußerte. Es besteht kein Grund zu der Annahme, daß im Sommer 1911 bei der Pat. die freie Selbstbestimmung in der Wahl des Aufenthalts ausgeschlossen war. Dies war nicht einmal auf der Höhe der Erkrankung während der Behandlung in der Anstalt der Fall.

Zusammenfassung. — Für die psychiatrische Bewertung des Begriffes der freien Selbstbestimmung sind folgende Gesichtspunkte maßgebend:

Der Sachverständige muß von der anfragenden Behörde genau zeitliche Angaben verlangen und in seinem Gutachten genau angeben, für welchen Zeitabschnitt der von ihm angenommene Geisteszustand gilt.

Die geistige Reife des normalen 16jährigen Durchschnittsmenschen (armenmündiges Alter) kann als Maßstab für den Geisteszustand gelten, der eben noch ausreicht, um die freie Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsortes zu ermöglichen.

Die Unfähigkeit zur freien Selbstbestimmung ist nicht ohne weiteres identisch mit einer der anderen gesetzlich festgelegten Formen oder Grade von Geisteszuständen (Willensunfreiheit, Geisteskrankheit oder Geistesschwäche, Geschäftsunfähigkeit). Auch wenn von anderen richterlichen Behörden ein Mensch wegen seiner geistigen Störung als unzurechnungsfähig oder geschäftsunfähig bezeichnet oder wenn er durch Richterspruch entmündigt ist, kann daraus allein noch nicht die Frage seiner Unfähigkeit zur freien Selbstbestimmung in der fraglichen Zeit sprechen. Der Sachverständige kann aber weiter als Maßstab für seine Beurteilung die Tatsache benutzen, daß zu der fraglichen Zeit der Geisteszustand im Sinne des § 6 BGB. Entmündigten gleich war; denn diese Zustände stehen der geistigen Entwicklung eines Kindes unter 7 Jahren gleich, schließen also auch die geistige Reife des armenmündigen Alters aus. Entmündigung wegen Geistesschwäche oder Trunksucht oder beschränkte Geschäftsfähigkeit reicht für sich allein noch weniger aus, um die Unfähigkeit zur freien Selbstbestimmung nachzuweisen, wenngleich auch hier diese Unfähigkeit gelegentlich bestehen kann.

diese U ... gkeit



Keine klinisch umschriebene Form der Geistesstörung schließt prinzipiell die Fähigkeit zur freien Selbstbestimmung aus. Es muß jeder Fall einzeln geprüft werden. Neben den erwähnten Altersstufen, die hierfür als Maßstäbe dienen können, muß das richtige Erkennen und Wollen bezüglich der Wahl des Aufenthaltsortes geprüft werden, d. h. ob der Kranke ein Verständnis für den Unterschied der beiden Orte hat und darnach selbständige Entschlüsse treffen kann, welche der Lage der Verhältnisse und dem Zwecke entsprechen. Der Nachweis, daß diese Fähigkeit aufgehoben ist, läßt sich führen, indem man zeigt, daß ausgesprochen krankhafte Vorgänge das Erkennen und Wollen stören, oder indem man an konkreten Tatsachen zeigt, daß der Kranke dazu unfähig ist. Eine durch Geisteskrankheit bedingte wirtschaftliche oder soziale Unselbständigkeit schließt allein schon die Fähigkeit zur freien Selbstbestimmung aus.

Außer durch den inneren Vorgang einer geistigen Erkrankung kann die freie Selbstbestimmung auch durch äußeren Zwang aufgehoben sein, dahin gehören alle die Fälle, in denen eine Anordnung einer öffentlichen Behörde, z. B. der Polizei, den Aufenthalt eines Menschen bestimmt, auch Unterbringung eines Geisteskranken wegen Gemeingefährlichkeit in einer Irrenanstalt auf polizeiliche Anordnung, wenn dieser Kranke auch vermöge seines Geisteszustandes noch die Fähigkeit der freien Selbstbestimmung besitzt.

Dagegen ist die durch einen Vormund veranlaßte Unterbringung eines entmündigten Geisteskranken oder Trinkers in eine Anstalt zum Zweck der Heilung kein Zwang im Sinne des Gesetzes.

Literatur.

v. Reichenstein, Die Novelle zum deutschen Gesetz über den Unterstützungswohnsitz. Freiberg i. B. 1894.

Bericht der XIV. Kommission, 8. Legislaturperiode, II. Session 1892/93. Stenogr. Reichstagsber. Berlin 1894, J. Sittenfeld.

Entscheidungen des Bundesamtes f. d. Heimatwesen. Berlin, Fr. Vahlen.

Wohlers-Krech, Das Reichsgesetz über den Unterstützungswohnsitz. 12. Aufl. Berlin, Fr. Vahlen.

Eger, Das Reichsgesetz über den Unterstützungswohnsitz.

Schott, Beitrag zur Frage der Fähigkeit, seinen Aufenthaltsort selbst zu bestimmen. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 69, 1912.

Entscheidungen des Sächsischen Oberverwaltungsgerichts.

Die Publikationen von *Liepmann* (*Marhold*sche Sammlung) und von *Peretti* (psych.-neur. Wchnschr.) sind während der Drucklegung dieser Arbeit erschienen und konnten nicht mehr verwertet werden.



Die Kaiser Domitian, Commodus, Caracalla und Elagabal,

ein Beitrag zur Frage des Cäsarenwahnsinns.

Von

Dr. **Ernst Müller,** Oberarzt an der Heilanstalt Waldbroel.

Nachdem ich in einer früheren Arbeit [1]) die Regenten des Julisch-Claudischen Kaiserhauses psychiatrisch beleuchtet habe, will ich nun einige Cäsaren aus der Geschichtsepoche ins Auge fassen, die durch die Flavische, die Adoptionsdynastie des Nerva, und das Septimische Herrscherhaus charakterisiert wird und 160 Jahre umfaßt. Die ersten beiden Dynastien enden, ruhmreich begonnen, mit einem Kaiser, der, anknüpfend an die Exzesse einiger Julisch-Claudischer Imperatoren, sich maßlos überhebt und blutige Zeiten heraufführt; die letzte zeigt am Anfang und Ende einen guten, in der Mitte zwei Regenten von der eben gekennzeichneten schlechten Art. Da betreffs dieser im schlechten Sinne auffallenden Cäsaren: Domitian, Commodus, Caracalla und Elagabal von verschiedenen Historikern und Parsenow behauptet worden ist, sie hätten am Cäsarenwahnsinn gelitten, will ich auch diese Kaiser mit Hilfe alter und neuer Literatur psychiatrisch untersuchen und darlegen, inwieweit bei ihnen die Diagnose Cäsarenwahnsinn berechtigt ist.

Da Domitian und Caracalla in psychiatrischer Beziehung und auch sonst Ähnlichkeiten aufweisen, bringe ich die Literatur und meine aus ihr gezogenen Schlüsse über beide Herrscher hintereinander, obwohl chronologischerweise auf Domitian Commodus folgen müßte; ebenso werde ich dann Commodus und Elagabal zusammenstellen, weil auch sie, namentlich auf geistigem Gebiete, ähnliche Seiten zeigen, obwohl auch diese Herrscher weder zeitlich noch dynastisch zusammengehören, um schließlich noch einiges über den Cäsarenwahnsinn als solchen zu sagen.

---

[1]) Diese Zeitschr. Bd. 70, S. 575 ff.



Um den reichhaltigen Stoff übersichtlich zu gestalten, entnehme ich den Quellen nur das Wichtigste.

Über Domitian berichten dieselben:

Sueton: Der Kaiser ließ sich in jungen Jahren von einem gewesenen Prätor schänden. Im Kriege zwischen seinem Vater und Vitellius flüchtete er aufs Kapitol und entging später mit knapper Not seinen Spähern. Er entehrte viele Frauen und verführte die Domitia Longina zur Ehe mit sich. Als er einen unnötigen Feldzug gegen Gallien und Germanien unternommen hatte, wurde er von seinem Vater gemaßregelt; während seiner unfreiwilligen Muße hielt er wissenschaftliche Vorträge. Seinem Bruder Titus stellte er nach. Als Kaiser restaurierte er eine Menge der schönsten Gebäude und traf gute Einrichtungen; zuerst zeigte er sich milde, uneigennützig und freigebig, bald aber grausam. Nach dem durch den Statthalter Antonius entfesselten Bürgerkrieg ließ er Männer in grausamer Weise foltern, um Mitverschworene zu entdecken. Als durch seine Verschwendungssucht die Mittel erschöpft waren, befahl er, Lebendige und Tote auszuplündern, und gebrauchte eifrig das Majestätsgesetz. Im Senat sagte er, er habe Vater und Bruder den Thron verschafft, sie hätten ihm denselben zurückgegeben; nach Wiedervereinigung mit seiner Frau, er habe sie auf seinen Göttersitz berufen. Die Formulare für die Prokuratoren fingen an: „Unser Herr und Gott befiehlt also". Die Wände seiner Halle ließ er mit Leuchtstein überziehen, damit er auch sehe, was hinter ihm vorging. Seinen Neffen Flavius Clemens und dessen beide Söhne, die zur Nachfolge bestimmt waren, ließ er auf den leisesten Verdacht hin umbringen. Domitian war sehr sexuell; seine Nichte Julia verführte er, obgleich sie verheiratet war, und wurde schuld an ihrem Tode, indem er sie zwang, eine Leibesfrucht von ihm abzutreiben. Bibliotheken ließ er wieder herstellen und Bücher abschreiben und verbessern. Er ging gern allein und an einsamem Ort spazieren. Als er, nach der Hinrichtung vieler edler Männer, auch seiner nächsten Umgebung gefährlich wurde, fiel er einer Palastverschwörung zum Opfer, an der auch seine Frau Anteil hatte.

Tacitus sagt von der Zeit Domitians: Das Meer war mit Verbannten angefüllt, die Felseninseln vom Blute der Ermordeten gefärbt, und in Rom herrschten Schrecken und Entsetzen. Adel und Reichtum, abgelehnte und verwaltete Ehrenstellen galten als Verbrechen, die Tugend war ihres Untergangs gewiß, Angeber wurden für ihre Untaten mit Priesterwürden und Konsulaten belohnt; Sklaven wurden gegen ihre Herren, Freigelassene gegen ihre Patrone erkauft, und wer keinen Feind hatte, fand durch Freundes Hand seinen Untergang.

Dio Zonaras: Domitian, der seinem Bruder Titus schon früher nach dem Leben getrachtet hatte, ließ diesen während seiner letzten Krankheit, als er noch atmete und vielleicht noch gerettet werden konnte, in einen mit vielem Schnee gefüllten Behälter bringen, um, wie er vorgab,



ine Fieberhitze abzukühlen, in der Tat aber, um seinen Tod zu beschleunigen. Die Freunde seines Vaters und Bruders behandelte er verchtlich und grausam.

Plinius: Nach der Verschwörung des Antonius erklärte der Fürst ffen seinen Haß gegen alle besseren Menschen.

Aurelius Victor: Der Kaiser ist der Mörder seines Bruders; er urde „noch wahnsinniger, mehr als despotisch, indem er es erzwang, aß man ihn Herrn und Gott nennen mußte".

Imhof: „Das Flavische Geschlecht war dunkel und unberühmt." Der Vater Vespasians war Pächter von Staatseinkünften und betrieb päter Bankiergeschäfte. Die Mutter Domitians war eine Freigelassene. „Weder seine Erziehung noch sein Unterricht waren sorgfältig geleitet." Imhof spricht von seiner vortrefflichen natürlichen Klugheit und seiner n den letzten Jahren gezeigten tigerartigen Raub- und Blutgier.

Mommsen: Zur Zeit Domitians entstand eine Literaturperiode. Der Kaiser war einer der sorgfältigsten Verwalter, die das Kaiserregiment gehabt hat. Sein Chattenfeldzug hatte eine bedeutende und folgenreiche Verschiebung der römischen Grenze zur Folge.

Mertens: Der Fürst hatte Freude an den Qualen der martervoll Hingerichteten.

Weber: Nie wichen die Gespenster der Furcht und des Argwohns von seiner Seite.

Domaszewski spricht vom „Wahne der überirdischen Hoheit" des Kaisers, von seinen Prunkbauten und seiner ständigen Todesangst.

Hertzberg: Domitian hatte Kunstsinn und Interesse für Architektur.

Schiller: Der Fürst wurde von der Aristokratie in gehässiger Weise dargestellt. Gegen seine Kriegführung ist nichts einzuwenden.

Ranke: Der Kaiser schrieb es seiner Einwirkung auf die großen Verhältnisse zu, daß sein Vater zum Imperium berufen worden war. „So fern Domitian dem genealogischen Anspruch der Cäsaren auf die Abkunft von den Göttern stand, so erneuerte er doch die Divinität der höchsten Gewalt. An sich war es nun ein Unterschied, ob ein Abkömmling des Augusteischen Geschlechts sich seiner Macht überhob oder der Sohn des Mannes, der berufen war, den Exzessen des ersteren ein Ende zu machen."

Parsenow: Domitian erwürgte seine Diener mit eigener Hand.

Gsell: Der Fürst strebte schon in jüngeren Jahren nach der Herrschaft; zu derselben gelangt, betrachtete er sich als Gott. —

Da die Geschichte Domitians, sowie der drei anderen Kaiser in den Hauptereignissen genügend bekannt ist, beginne ich gleich die psychiatrische Besprechung.

Domitian bereitete seinem Vater aus Herrschsucht Schwierigkeiten und betrug sich so gegen ihn, daß dieser sagte, er wundere sich nur, daß



er ihm nicht auch einen Nachfolger schicke. Mit der Prinzessin Julia, seines Bruders Tochter, verkehrte er sexuell, obgleich sie verheiratet war, und nötigte sie, eine Leibesfrucht von ihm abzutreiben, welcher Umstand ihren Tod herbeiführte. Seinem Bruder Titus trachtete er aus Herrschsucht nach dem Leben. Seine Totenmahle, durch die er hochgestellte Persönlichkeiten ängstigte, verraten sein verschrobenes Wesen. Die eben erwähnten Symptome beweisen die degenerative Anlage des Fürsten.

Seine Familie stammte aus einfachen Verhältnissen, trotzdem erneuerte er die Divinität der höchsten Gewalt. Er behauptete, sein Aufenthalt in Rom während des Krieges seines Vaters mit Vitellius habe ersterem den Thron verschafft, während er damals mit knapper Not durch Flucht sein Leben rettete; seine Frau hätte er auf seinen Göttersitz berufen, als er sich wieder mit ihr ausgesöhnt hatte. Den alten Epaphroditus, der Nero bei seinem Selbstmord behilflich gewesen war, ließ er deshalb hinrichten. Hieraus geht zur Genüge hervor, daß Domitian an Größenideen litt; diese verraten aber — abweichend von den gewöhnlichen Paranoiaformen — nicht den beginnenden Schwachsinn, sondern sind als Folgen der gehobenen Stellung dieser Machthaber und der antiken Auffassung von der Person des Herrschers milder zu beurteilen. Dieses von der Paranoia (Verrücktheit) im gewöhnlichen Sinne abweichende Moment der Psychose wird eben durch die Neubezeichnung Cäsarenwahnsinn (Paranoia Caesarea) ausgedrückt.

Inwiefern muß bei dem Kaiser auch von Verfolgungswahn gesprochen werden? Tiberius sind bei seinen Blutbefehlen insofern mildernde Umstände beizumessen, als er die hochbedeutende Aufgabe hatte, das vor nicht langer Zeit errichtete Prinzipat — also sich — unter allen Umständen zu erhalten. Nero wurde durch weibliche Einflüsse und Verschwörungen zu Exekutionen gereizt und wußte den schwankenden Thron schließlich nur noch durch ein Schreckensregiment zu halten. Unter Domitian war das Kaisertum bereits eine gefestigte Institution. Was also bei Tiberius und Nero die Folge von berechtigtem Mißtrauen war, müssen wir Domitian als krankhaften Verfolgungswahn anrechnen, so massenhaft und vielfach unbegründet erfolgten unter seiner Regierung die Blutbefehle. Das war richtiger Verfolgungswahnsinn eines Cäsaren, diese in Todesurteile umgesetzte dauernde ängstliche Furcht vor Nachstellungen. Diese Ansicht unterstützt die Nachricht, der Fürst habe einen Spiegelsaal anlegen lassen, um die Leute bei den Audienzen auch von hinten zu beobachten. Ich halte diese Erzählung für eine gut erfundene Legende; es wird sich eben um einen Prunksaal wie im Versailler Schloß gehandelt haben.

Der Ausdruck Cäsarenwahnsinn als Gesamtbezeichnung der Psychose ist deshalb richtig und begründet, weil dieser Wahnsinn durch den Cäsarismus eine besondere Note erhält und in eine ursächliche

Beziehung zu demselben gebracht werden muß, also tatsächlich eine Berufspsychose vorliegt. Denn alle die verderblichen Handlungen des Prinzeps von Jugendzeit an knüpfen sich erst an die Erreichung der Cäsarenherrschaft und dann an deren Befestigung, so daß angenommen werden muß, daß Domitian nicht geisteskrank geworden wäre, wenn er nicht Sohn eines Cäsaren, Thronprädendent und Kaiser gewesen wäre. Die Bezeichnung Paranoia trifft darum das Richtige, weil bei dieser Erkrankung die Intelligenz zunächst ungetrübt bleibt, was auch hier der Fall war. Sein vorzeitiges Ende läßt nicht ahnen, wie sich die geistige Verfassung später gestaltet hätte.

Die spärlichen, auf uns gekommenen Bildnisse des Fürsten zeigen keine unschönen Züge, eine Geist verratende Stirn, viel Selbstgefühl und Würde, neben Festigkeit, Anmaßung, Sinnlichkeit, Mißtrauen und Strenge bis zur Grausamkeit.

Wir kommen zu Caracalla. — Die Literatur bringt folgendes:

Herodian: Der Kaiser wollte seinen Vater Septimius Severus vergiften lassen, als er krank war; als er gestorben war, befahl er, dessen Hauptfreunde umzubringen, und zwar „ließ er keinen einzigen leben, der beim Severus etwas gegolten hatte, auch nicht von der Dienerschaft". Nach der Ermordung seines Bruders Geta wurde jeder hingerichtet, der nur in entfernter Beziehung zu ihm stand. „Auch wer vom Senatorenstande durch Abstammung oder Reichtum sich auszeichnete, wurde auf die nächste beste Angabe hin als Freund Getas aus dem Wege geräumt." Sogar die hochbetagte Schwester des Commodus wurde hingerichtet auf die Anklage hin, daß sie Tränen über den Tod Getas vor der Mutter Caracallas vergossen hätte. Er war mißtrauisch gegen jedermann, weil er überall Nachstellungen fürchtete. Bei Rechtsstreitigkeiten zeigte er einen Scharfblick und entschied treffend.

Aurelius Victor: „Dieser Kaiser ließ seinen Bruder Geta ermorden, wofür er mit Wahnsinn und der Verfolgung der Furien gestraft wurde." Er ließ sich „den Großen und Alexander" nennen und heiratete seine Stiefmutter Julia.

Dio: Caracalla trachtete seinem Vater nach dem Leben; beim Britannischen Feldzug zog er sein Schwert, um ihm einen Hieb in den Nacken zu geben, schreckte jedoch, als sein Gefolge aufschrie, von der Tat zurück. Nach dem Tode Getas fand ein Massenmord statt, bei dem Männer und Weiber ohne Unterschied hingerichtet wurden, wenn sie sich nur einmal im Palaste Getas befunden hatten. „Zu allen seinen Handlungen trieb ihn verrücktes Ungestüm." Dio nennt seine Mutter eine Syrerin.

Spartianus: Der Fürst war als Knabe geistreich und liebenswürdig, später aber der grausamste aller Kaiser.

Ranke: Caracalla hatte seinen Vater einmal mit dem Tode bedroht. Die Stadt Alexandria verwüstete er wegen ihrer Zuneigung zu Geta.

Die Senatoren behandelte er schlecht; er wollte unumschränkter Herr sein und Asien wie ein zweiter Alexander der Große erobern.

Parsenow: Schon als Knabe hatte der Kaiser kein normales Gefühl. Seinem Vater trachtete er später nach dem Leben. Seiner Frau stellte er eine kastrierte Leibwache zur Verfügung, seinen Schwiegervater ließ er ermorden und verfolgte jeden, der den Namen Geta trug, sogar Schauspieler, die eine Person mit dem Namen Geta darstellten. Er sagte, „er habe sich in Alexanders Körper niedergelassen, damit er, der so kurze Zeit gelebt, ewig lebe". Der Kaiser war geschlechtskrank. Die Priesterinnen eines Vestatempels ließ er niederhauen, weil eine Vestalin ihm nicht zu Willen war.

Mommsen: Caracalla war „kein Krieger und Staatsmann wie sein Vater, aber von beidem eine wüste Karrikatur".

Mertens: Er setzte die Erteilung des römischen Bürgerrechts an alle freien Provinzialen durch.

Hertzberg: Der Kaiser war syrisch-afrikanischer Abkunft und hatte einen sehr scharfen Verstand, aber ein tüchtiges Maß von Selbstüberschätzung. Er mordete Angehörige der Familien der letzten Kaiser und alle Widerwärtigen und Verdächtigen (angeblich 20 000!).

Weber: Der Vater des Fürsten, der aus geringer Stellung durch Glück und Verdienst Kaiser wurde, soll zuletzt Selbstmordgedanken gehabt haben. Caracalla und Geta zeigten einen lasterhaften Lebenswandel und eine rohe Gemütsart. Julia Domna genoß nicht den besten Ruf. Caracalla baute die Thermen. Weber nennt ihn einen Feind des ganzen Menschengeschlechts.

Domaszewski: „Das Wahngespenst eines Herrschers."

Schiller: Der Fürst war begabt. „Jedenfalls sind auf die Politik die geläufigen Deklamationen von seiner Verrücktheit nicht anzuwenden." In Ägypten herrschte wahrscheinlich ein Aufstand, und die Bestrafung der Stadt Alexandria war nur eine Episode desselben. Der Kaiser wurde im Parthischen Feldzuge das Opfer einer Verschwörung der Stabsoffiziere, an deren Spitze der Gardepräfekt Marcinus stand.

Aus der Literatur ergibt sich, daß Caracalla der Sohn des auf afrikanischem Boden geborenen brutalen Gewaltmenschen Septimius Severus war. Da mehrere alte Schriftsteller berichten, daß er seine Stiefmutter heiratete, muß angenommen werden, daß Julia Domna seine leibliche Mutter nicht war, obgleich auch das behauptet worden ist. Seine universalhistorischen Pläne, die auf seine syrische Verwandtschaft hindeuten, waren also die Folge von Zeitumständen und Erziehung. Aus Herrschsucht trachtete er seinem Vater nach dem Leben und befahl er den Tod seines Bruders. Caracalla war demnach entartet.

Im Lager ließ er sich als Sonnengott verehren, den Großen und Alexander nennen, während er die Senatoren erniedrigend behandelte,



so daß man in Anbetracht seiner mäßigen Taten von Größenideen sprechen muß.

Da er nach dem Tode seines Vaters in grausamster Weise gegen dessen frühere Umgebung und nach der Ermordung des Bruders ebenso gegen dessen Anhänger vorging, nämlich sofort jeden umbringen ließ, der ihn überhaupt einmal hätte verfolgen können, und gar nicht erst den Versuch einer Verfolgung abwartete, andererseits unerhört massenhafte Hinrichtungen anordnete, so groß war seine Furcht vor Nachstellungen, muß von Verfolgungswahn des Fürsten gesprochen werden. Also auch hier haben wir den richtigen Cäsarenwahnsinn als Berufspsychose vor uns, indem im übrigen von der psychiatrischen Beurteilung des Kaisers dasselbe gilt wie bei Domitian: Denn auch hier entstand die mit Größen- und Verfolgungswahn einhergehende Psychose auf Grund von Degeneration, bei kaiserlicher Abstammung und der Tendenz, den Cäsarenthron zu bekommen und zu erhalten, während der Kaiser geistig nicht unbedeutend war. Von Schwachsinn ist also auch hier und aus demselben Grunde so wenig die Rede wie bei Domitian.

Caracalla darstellende Kunstdenkmäler lassen einen mürrischen, dämonischen, unschönen Gesichtsausdruck, eine etwas niedrige Stirn und mittleren Verstand erkennen, neben Energie, Mißtrauen, einem Zug von menschenverachtender Bitterkeit Anmaßung, Brutalität und Sinnlichkeit.

Die Ähnlichkeit der Kaiser Domitian und Caracalla in Lebensgang, Begabung, Taten und Untaten ist so auffallend, daß sich der Rückschluß aufdrängt, auch die Psychosen beider müssen die gleichen gewesen sein, was wieder für eine richtige Beurteilung derselben spricht. Das einzige, was bei diesen Herrschern etwas versöhnend wirkt, ist das Interesse, das diese dämonischen Menschen für die Baukunst entfaltet haben.

Die Besprechung geht über auf Commodus, von dem wir Folgendes erfahren:

Herodian: Der Kaiser stammte von Marc Aurel, Antoninus Pius, Hadrian und einer Schwester Trajans ab. Perennis wußte den Fürsten zu üppigem, untätigem Leben und zu Gewalttätigkeiten anzureizen. Schließlich wurde Commodus mißtrauisch und gewaltsam und ließ sich Herkules, Jupiters Sohn, nennen. Auf seinem Kolossalstandbild war zu lesen: „Besieger von 1000 Fechtern." Die noch übrigen Freunde seines Vaters beabsichtigte er aus dem Wege zu räumen.

Dio: Der Fürst ließ viele Römer, auch Senatoren, ermorden; um die Regierung kümmerte er sich nicht, „und hätte er es auch gewollt, so war er aus Weichlichkeit und Unerfahrenheit nicht imstande, selbst zu regieren". Dio sagt von ihm, „so überschwenglich verrückt war der Schandmensch."



Aurelius Victor: Commodus stieß Gladiatoren mit dem Schwerte nieder.

Lambridius: In so vielen Wissenschaften der Fürst auch Unterricht genoß, so fruchtete derselbe doch nichts. Schon in seinen jüngeren Knabenjahren war er niederträchtig, boshaft, grausam, wollüstig, unkeusch und ein Werkzeug fremder Wollust; den ersten Beweis seiner Grausamkeit gab er schon in seinem 12. Jahre, indem er befahl, den Bader, der ihm sein Bad zu warm gemacht hatte, in den Ofen zu werfen, was allerdings vereitelt wurde. Er pflegte Freundschaft mit den schlechtesten Menschen und verwandelte den Palast jedesmal, wenn er diese Art Freunde um sich haben durfte, in ein Sauf- und Freudenhaus, speiste mit Gladiatoren und holte Wasser wie ein Bedienter im Freudenhause. Abends schwärmte er in Wein- und Freudenhäusern umher. „Oft soll Commodus unter die kostbarsten Speisen Menschenkot gemischt und selbst davon gekostet haben, wodurch er seine Gäste recht anzuführen glaubte." Das römische Theaterpublikum wollte er umbringen lassen, weil er dessen Beifall für Spott hielt. Er hatte einfältige Gesichtszüge, wie sie die Trinker gewöhnlich haben.

Ranke: Der Kaiser schloß Frieden mit dem Feinde gegen die Ansicht der Senatoren und zog nach Rom, um die Gewalt vollkommen in seinem Besitz zu haben. Seine gewohnten Freunde stieß er von sich oder beschimpfte sie. Seine eigene Schwester stiftete eine Verschwörung gegen ihn an, die aber fehlschlug. Der Präfectus Praetorio Perennis übte die Regierungsgewalt aus, während Commodus seinem Harem lebte. Die beiden Präfecti Praetorio Perennis und Cleander opferte er in feiger Weise auf. Er wurde von seiner nächsten Umgebung ermordet.

Parsenow: Der Fürst war bildschön, seine Geistesbildung gleich Null; er verstümmelte zufällig ihm Begegnende oder erschlug sie, ließ sich Gelder für seine Siege als Gladiator aus der Staatskasse zahlen und erschoß auch mal einen Menschen in der Arena mit seinem Pfeil. Er ließ alle Verwandten seines Hauses ermorden.

Mommsen: „Der Kaiser war in jeder Hinsicht das Gegenteil seines Vaters; kein Gelehrter, sondern ein Fechtmeister, so feig und charakterschwach, wie dieser entschlossen und konsequent, so träge und pflichtvergessen, wie dieser tätig und gewissenhaft." M. nennt seine Regierung ein Mißregiment.

Weber spricht von dem schwachen, unselbständigen Geist, dem furchtsamen Charakter und der gemeinen, jedes geistigen Aufschwungs unfähigen Natur des Commodus. Seine Mutter Faustina war sehr sinnlich und ausschweifend. Die Senatoren der Hauptstadt und die Gemeinderäte der übrigen Städte mußten ihm jährlich Geld als Opfer darbringen.

Domaszewski: Der Untergang der Römer beginnt mit Commodus, der in seiner geistigen wie körperlichen Schwäche das Gepräge einer absterbenden Art darbot. D. nennt ihn beschränkt. Er erschlug verkleidete



Krüppel als schlangenfüßige Giganten und litt am Göttlichkeitstaumel; Rom, Senat und Heer wurden nach ihm benannt.

Schiller: Dem Fürsten fehlte die Urteilsfähigkeit, die für eine solche Stellung nötig war; er sah sich als den Begründer Roms an und ließ sich auf den Münzen als Gott darstellen.

Hertzberg: Commodus trat bei großartiger Beschränktheit zugleich als blutiger Possenreißer und törichter Verschwender auf, hielt sich den Göttern gleich, wollte den Neujahrsfestzug von der Gladiatorenkaserne aus beginnen und die für das folgende Jahr bestimmten zwei Konsuln töten lassen.

Demnach leistete der Kaiser für den Staat nichts, richtete ihn vielmehr zugrunde, führte ein schamloses sexuelles Leben, entehrte sich als Gladiator und Scharfschütze in der Arena, ließ sich für diese Albernheiten auch noch Geld auszahlen und war sehr grausam und verschwenderisch; er zeigte also, daß er gänzlich unfähig war, seiner Stellung irgendwie gerecht zu werden, was seinen Schwachsinn verrät. Wenn er sich Begründer der Stadt und Herkules, Jupiters Sohn, nennen ließ, so handelt es sich dabei um schwachsinnige Größenideen eines Imbezillen. An Verfolgungswahn litt er nicht; er wurde wegen seines übelen Verhaltens verfolgt, und seine leicht in Gewalttätigkeiten umgesetzte Furcht vor Nachstellungen entstand erst durch ein Attentat; seine Gedanken bewegten sich also natürlicherweise in solchen Bahnen. Außerdem kam es dem schwachsinnigen Machthaber bei seinem Egoismus und seiner Urteillosigkeit gar nicht auf Menschenleben an. Commodus litt demnach an angeborenem Schwachsinn, da er schon seinem Vater in früher Jugend minderwertig erschien und eine Psychose, die vorausgegangen sein könnte, nicht nachweisbar ist.

Statuen und Büsten stellen den Fürsten als schönen Mann mit leblosen Zügen dar, aus denen man Beschränktheit, Schlaffheit, Hang zum Müßiggang, Hoffart, Sinnlichkeit und Grausamkeit herauslesen kann.

Wir beschließen die Erörterung über die Kaiser mit Elagabal. — Über diesen Fürsten berichten alte und neue Schriftsteller:

Herodian: Der Kaiser war bei seinem Regierungsantritt noch ungebildet; er heiratete eine Vestalin und dann eine Annia Faustina, wahrscheinlich eine Enkelin Marc Aurels. Dem Zug seines Gottes durch die Stadt schritt er, rückwärtsgehend, voran. Der Fürst trat als Wagenlenker und Tänzer auf und ließ Lehrer seines Vetters umbringen. „In seiner natürlichen Gedankenlosigkeit" äußerte und betrieb er „öffentlich und rücksichtslos seine Pläne".

Dio: Elagabal beging die ärgsten Schändlichkeiten, Ungerechtigkeiten und Mordtaten, ehelichte nacheinander 5 Frauen, unter diesen eine Vestalin, und ließ dem Gott Elagabalus zu Ehren Knaben schlachten. Bei Nacht ging er in Schenken, durch falsches Haar maskiert, und in

berüchtigte Lusthäuser, wo er mit seinen Lustknaben sein Unwesen trieb. Im Handeln sowohl als im Ton der Stimme zeigte er weibische Weichlichkeit; „er tanzte beständig nicht bloß auf der Orchestra, sondern auch gewissermaßen, wenn er ging, opferte, Besuche empfing oder zum Volke redete".

Aurelius Victor: Der Kaiser, die Frucht eines geheimen Umgangs Caracallas mit seiner Verwandten Soemea, war ganz schamlos und nahm den Weibernamen Bassiana an; die Soldaten nannten ihn eine vor Geilheit rasende, tolle Hündin.

Spartianus: Elagabal war Caracallas Sohn. Seine Mutter lebte als Buhlerin und verübte jegliche Schandtat am Hofe. „Für Geld nahm er jeden ohne Unterschied des Alters, des Vermögens und des Standes in den Senat auf", auch Ämter wurden von ihm verkauft. Auf Stellen beförderte er unter anderen Leute, die sich durch die außerordentliche Größe ihrer Genitalien empfahlen. Sp. spricht von seinen schamlosen Vertrauten, die ihn aus einem Schwachkopf noch schwachköpfiger machten. Der Fürst war ein großer Schlemmer und Feinschmecker. „Seinen Pferden ließ er apameische Trauben in die Krippe füttern." Wie in seiner Lebenshaltung, so zeigte er sich auch beim Schenken sehr verschwenderisch. Er brachte Menschenopfer dar, wozu edle und schöne Knaben aus ganz Italien auserlesen wurden. Elagabal hatte wie sein Vetter Alexander Varia zur Großmutter.

Ranke: Der Kaiser wurde durch seine Großmutter Maesa den römischen Soldaten in Emesa als Sohn Caracallas empfohlen und anerkannt, er war zum Priester des Sonnengottes daselbst emporgestiegen. Dieser orgiastische Kultus wurde von dem jungen Fürsten nach Rom verpflanzt, der die Senatoren Sklaven in der Toga nannte, mit dem Gedanken umging, eine Vestalin zu ehelichen, ein wüstes sexuelles Leben führte und als Sklave der Eunuchen galt. Als er sich anschickte, seinen Vetter, den er auf den Rat seiner weiblichen Verwandten adoptierte, umbringen zu lassen, brach ein Prätorianeraufstand los, bei dem er ermordet wurde.

Domaszewski: Elagabal war ein Aramäer; daß Caracalla sein Vater war, ist eine Lüge. D. spricht von dem von religiösen Wahngebilden umnachteten Geist des Jünglings. Die Anhänger des Gegenkaisers Macrinus ließ er ermorden, heiratete eine Vestalin und verstieß seine Frau, weil sie ein Mal am Körper hatte. Ganz geringe Leute erhielten von ihm die höchsten Staatsämter. Seine Großmutter Maesa erschien selbst im Senat.

Schiller: Der Fürst war ein abgesagter Feind jeder ernsthaften Tätigkeit, unreif, toll und kolossal sexuell. Die den Senatoren vorbehaltenen Ämter wurden von ihm ohne Berücksichtigung der Qualifikation an Freigelassene vergeben.

Parsenow: Der Kaiser war ein Homosexueller, ein orientalischer Lustknabe und fanatischer Priester eines durch orgiastische Kulte verehrten Gottes, ließ sich beschneiden und wollte sich kastrieren lassen.



Mit einem Sklaven lebte er in förmlicher Ehe, in der er von diesem verprügelt wurde.

Mertens: Mit 14 Jahren wurde Elagabal Herrscher, üppige Schwelgerei und frecher Übermut charakterisierten ihn; 4 Jahre hielt er sich. Seine Mutter und Großmutter führten hauptsächlich das Regiment.

Weber: Der Fürst war der Sohn der Soämis, der verwitweten Tochter der Julia Maesa, der Schwester Domnas. Bei einer Schlacht gegen Macrinus zeigte er Mut und stürmte in die Schlachtreihe. W. nennt den Emeser Kult grausam. Elagabal ließ Große des Staates hinrichten.

Hertzberg spricht von der Blutgier und Beschränktheit des Kaisers. Dieser wollte einen aus römischen Damen bestehenden Senat berufen, der über die Fragen des weiblichen Staates beraten sollte; Mutter und Großmutter wurden zu Mitgliedern des Reichsrates ernannt.

Hatte Commodus den Reigen derjenigen Cäsaren eröffnet, die den Verfall des Römischen Reiches mitverschuldeten, so taten Caracalla und Elagabal das Übrige dazu, um die Wirrnisse aufs höchste zu steigern und den Niedergang zu beschleunigen. Der zuletzt genannte Kaiser war noch fast ein Knabe, als er den Thron bestieg, und knabenhaft blieb an ihm alles bis zu seiner Ermordung, obgleich er sich 4 Jahre lang auf dem schwankenden und blutbesudelten Severischen Thron hielt. Mit einem ähnlichen religiösen Fanatismus, wie später die Jungfrau von Orleans, stürmte das prinzliche Kind in einer Schlacht gegen Macrinus mit seinen Soldaten in die feindlichen Reihen und siegte durch die dadurch entfachte Begeisterung. In Rom angelangt, betrug er sich in ganz schamloser Weise, indem er ein ehrloses sexuelles Leben führte, den hierher verpflanzten, grausamen, orgiastischen, asiatischen Kult ausübte, dabei in kindischer Weise verkehrt vor dem heiligen Wagen einhertänzelnd, den niedrigsten Leuten die höchsten Staatsämter übertrug und, da er wohl einsah, daß er bei diesem Gebahren Anfeindungen ausgesetzt sein würde, gegen die Großen des Staates, in denen der Eifersüchtige Nebenbuhler witterte, mit dem Schwert wütete. Er brachte dabei das Reich in eine Krise und zeigte, daß er zu keiner ernsthaften und guten Handlung fähig war, was seinen Schwachsinn verrät. Dieser war natürlich angeboren, da keine Psychose nachzuweisen ist, die sonst vorausgegangen sein müßte. Wenn Elagabal hochstehende Männer infam zu behandeln pflegte, so war das der Ausfluß schwachsinniger Größenideen dieses Imbezilien. An Verfolgungswahn litt er nicht; da er bei seinem schamlosen Leben das Schwert gegen sich gerichtet fühlte, befand er sich, wie Nero und Domitian in ihrer letzten Zeit, in der Lage, seinen Thron durch ein Schreckensregiment halten zu müssen.

Über die strittige Frage, ob Elagabal Caracallas Sohn war, wie einige Geschichtschreiber mitteilen, werde ich an anderer Stelle ausführlich berichten. Hier will ich mich möglichst nicht mit Vermutungen befassen, sondern Beweise liefern. Man könnte mir vorhalten, meine





Cäsarendiagnosen seien auch bloß Vermutungen. Das ist aber deshalb nicht richtig, weil man den Stoff, der in den Hauptsachen feststeht, doch so gut kennt, daß er als ausreichend zur Grundlage wissenschaftlicher Arbeiten bezeichnet werden muß.

Die Bildnisse des Kaisers zeigen eine etwas niedrige Stirn bei kleinem Kopf und verraten Beschränktheit, Sinnlichkeit und einen Zug von Kälte und Brutalität.

Um ähnlicher Charakterzüge des weiteren zu gedenken, wem sollte nicht beim Überlesen der Literatur Elagabals diejenige des Commodus und Caligulas eingefallen sein? Mit diesen beiden teilte Elagabal die schwachsinnigen Größenideen, die Grausamkeit, die konsensuelle und konträre Sexualität und das völlige Versagen auf geistigem Gebiet und dem ernsthafter Tätigkeit.

Bezeichnend für die Cäsaren, die an angeborenem Schwachsinn litten, ist der Umstand, daß Einzelheiten ihres Lebens in der Überlieferung märchenhaft getrübt erscheinen, wie wir dies von den Berichten über Commodus, Elagabal und Caligula wahrnehmen; das rührt daher, daß diese Fürsten zum Teil so Unglaubliches und Unsinniges taten, daß sich die Phantasie der Zeitgenossen ganz unwillkürlich in den Dienst der Betrachtung stellte und Einzelheiten hinzugedichtet oder übertrieben wurden. Die bei diesen Kaisern besonders in die Erscheinung tretende Prachtentfaltung hatte die Phantasie schon von vornherein angeregt. Daraus folgt andererseits wieder, daß die Annahme einer Imbezillität bei diesen Herrschern viel für sich hat. Eine andere Form des Schwachsinns, als die des angeborenen, ist bei keinem der römischen Cäsaren bis auf Romulus Augustulus anzutreffen, ich habe die Literatur daraufhin nachgesehen. An Cäsarenwahnsinn litten Commodus und Elagabal nicht, wie ich nachgewiesen habe, da keine auf den angeborenen Schwachsinn aufgepflanzte Psychose nachgewiesen werden kann und schwachsinnige Größenideen nicht selten bei Imbezillen anzutreffen sind, also keine Psychose an und für sich anzuzeigen brauchen.

Um die Frage des Cäsarenwahnsinns völlig zu klären, will ich nun noch einmal auf die betreffenden Herrscher des Julisch-Claudischen Hauses eingehen.

Tiberius war ein auffallender Charakter, nicht degeneriert — dazu reichen die dafür von Parsenow ins Feld geführten Symptome nicht aus — und nicht geisteskrank, wie ich bewiesen habe. An Größenideen litt er auch nicht, denn er wies sogar übertriebene Ehren zurück. Er kommt demnach für die Diagnose Cäsarenwahnsinn nicht in Betracht.

Caligula litt an angeborenem Schwachsinn, wie ich gezeigt habe. Die bei ihm in die Erscheinung getretenen Größenideen sind schwachsinnige Größenideen eines Imbezillen, aber milder zu beurteilen, weil



seinem Hause ein göttlicher Ursprung nachgesagt wurde. Seine schlechten Eigenschaften wurden durch den Cäsarismus insofern gesteigert, als er, nicht auf den Thron gelangt, eine harmlosere Rolle würde gespielt haben; das Emporkommen zur Macht gab aber dem Schwachkopf Gelegenheit, diese in jeder Weise zu mißbrauchen. Da er infolge seines erbärmlichen Auftretens verfolgt wurde, bewegten sich seine Gedanken natürlicherweise in solchen Bahnen. Eine eigentliche, auf dem Grund des Schwachsinns entstandene Psychose kann aber nicht konstatiert werden. Für die impulsive Grausamkeit ist sein epileptischer Einschlag verantwortlich zu machen.

Was Claudius betrifft, so habe ich dargetan, daß er ein Entarteter war. An Größenideen litt er nicht, denn er wies übertriebene Ehren zurück, an Verfolgungswahn auch nicht, denn es wurden ihm wirklich Nachstellungen bereitet. Von Wahnsinn findet sich also nichts bei ihm. Freilich erfuhren seine schlechten Eigenschaften, die er infolge seiner Entartung hatte, durch den Cäsarismus eine Vergrößerung; denn, bevor er auf den Thron gelangte, war er ein harmloser Mensch. Diese Eigenschaften waren Willensschwäche, Furchtsamkeit und zu Grausamkeit neigender Jähzorn.

Nero überschätzte sich, welche Charaktereigentümlichkeit jedoch milder zu beurteilen ist, da man seinem Geschlecht einen göttlichen Ursprung zuschrieb. An Verfolgungswahn litt er nicht, wie ich oben auseinandergesetzt habe. Ein auf Grund seiner degenerativen Anlage entstandener Wahnsinn kann nicht angenommen werden, da er nie sinnlos handelte, jedoch muß zugegeben werden, daß seine schlechten Eigenschaften durch den Cäsarismus gesteigert wurden, da er haltlos war und seine Macht in rücksichtsloser Weise gebrauchte. Wäre er nicht zur Herrschaft gelangt, so würde er wie seine väterlichen Vorfahren auch aufgefallen, aber nicht so vernichtend aufgetreten sein.

Nachdem ich nun gezeigt habe, daß Domitian und Caracalla am Cäsarenwahnsinn gelitten, die anderen geschilderten Cäsaren aber nicht, schlage ich andererseits für diejenigen, bei denen ich keinen Wahnsinn, jedoch Schwachsinn bzw. Entartung feststellen konnte, die Bezeichnungen Cäsarenschwachsinn und Cäsarenentartung vor. Mit Cäsarenschwachsinn ist, wie aus meiner Darstellung hervorgeht, angeborener Schwachsinn gemeint. Dieser Ausdruck soll, wie Cäsarenentartung, auch ein angeborener Zustand, sagen, daß auch diese beiden psychischen Abweichungsformen eine besondere Note durch den Cäsarismus erhalten, wie ich das an Caligula, Commodus und Elagabal einerseits und Claudius und Nero andererseits geschildert habe. In der Tat erfahren die Handlungen bei den mit Cäsarenschwachsinn und Cäsarenentartung



Befallenen eine Steigerung nach der schlechten Seite hin und entsprechend der verschiedenen Schwere dieser Abnormitäten beim Cäsarenschwachsinn in stärkerem Maße. Für Commodus und Elagabal gilt darum dasselbe wie für Caligula, weil erstere, nicht auf den Thron gelangt, nie hätten so verderblich auftreten können. Somit hat Gregorovius zum Teil recht, wenn er von Caligula und Nero sagt: „Diesen Menschen warf der Zufall eines Tages die Welt zu Füßen, und darüber wurden sie sinnlos," er unterläßt aber zu bemerken, daß die an den angezogenen Persönlichkeiten beobachteten starken Überschreitungen nur durch eine psychisch abnorme Anlage, Schwachsinn bzw. Entartung, erklärt werden können.

Wenn Schiller bei Caligula jede geistige Störung verneint, indem er äußert: „Schon die Alten haben Gaius für geistesgestört gehalten, und die neuere Medizin (*Wiedemeister*) hat dies Urteil wiederholt. Aber eine genauere Untersuchung vermag dasselbe nicht zu bestätigen", so zeigt er nur, daß er nicht psychiatrisch zu denken vermag. — Mommsen hat Caligula anders und richtig beurteilt. — Aus dem Schillerschen Satz folgt gerade, daß der Psychiater berufen ist, da an der Seite des Historikers zu arbeiten, wo sich's um Grenzfälle vom Gesunden zum Anomalen handelt, weil dem Psychiater bei der Beurteilung der Handlungen nicht nur rein menschliche, sondern auch naturwissenschaftliche Gründe geläufig sind.

Es handelt sich bei der Betrachtung über Cäsarenwahnsinn oder keinen Wahnsinn nicht bloß um eine Wortklauberei, die ich sonst ruhig zugeben würde, sondern es ist wichtig, ob in dem betreffenden Fall eine den Handelnden beeinflussende erworbene Psychose, also Wahnsinn, oder ob Entartung vorliegt. In letzterem Falle wissen doch die Handelnden, was sie tun, wenn sie auch zeitweise, wie viele Menschen, impulsiv sind. Dagegen der Cäsarenschwachsinn und der Cäsarenwahnsinn sind in der Hinsicht auf eine Stufe zu stellen, als die damit behafteten Persönlichkeiten öfter ohne Überlegung handeln.

Da ich bei Durchsicht der Literatur der antiken römischen Kaiserzeit noch einige Cäsaren vorfand, bei denen an die Diagnose Cäsarenwahnsinn gedacht werden könnte, will ich kurz auch auf sie eingehen.

Maximinus Thrax war ein roher, ungebildeter Soldatenkaiser und Emporkömmling, der mordete, weil er, wie Tiberius, vom Senat die heftigste Opposition erfuhr; er war ein auffallender Charakter, aber nicht entartet oder geisteskrank — wie mit Sicherheit aus der gut bekannten Lebensgeschichte geschlossen werden kann — scheidet also wie Tiberius aus der Besprechung aus.



Der Cäsar Mäonios, Bruderssohn des Kaisers Odenath, „der durch seine Abkunft trotz seiner persönlichen Wertlosigkeit zu herrschsüchtigen Plänen sich gestimmt fühlte", war ein roher, leidenschaftlicher Bursche und der Veranlasser des Todes Odenaths. Mäonios war also geistig minderwertig; diese Annahme liegt um so näher, als er aus Herrschsucht, Rachsucht und persönlicher Eitelkeit, das Staatswohl hintansetzend, den unsinnigen und teuflischen Plan ersann, den hochbedeutenden Kaiser Odenath beiseite zu schaffen. Nicht einmal ein Caligula oder Nero vergriff sich an dem regierenden Herrscher.

Der Cäsar Carinus, Sohn des Kaisers Carus, war eine „durchaus bösartig veranlagte Persönlichkeit", „er galt als lasterhaft, dabei gewalttätig, rachsüchtig und grausam, so daß sich seine Zeitgenossen durch sein Treiben mehrfach an Nero erinnert fühlten, behandelte den Senat mit schnödem Hochmut und setzte unwürdige Subjekte an die wichtigsten Stellen". Carinus war demnach wie Nero ein Degenerierter.

Den Kaiser Maxentius, Sohn des Maximian, nennt Hertzberg, von dem auch die letzten Zitate stammen, einen Wüstling, dazu roh, raubgierig und wilder Grausamkeit nicht fremd, der allerdings nach dem Urteil der Zeitgenossen der Herrschaft sich möglichst wenig würdig zeigte. Er war aber nicht unbegabt und baulustig, demnach ein Degenerierter.

Von Wahnsinn ist bei diesen Herrschern nichts zu bemerken, dagegen liegt bei Mäonios Schwachsinn vor.

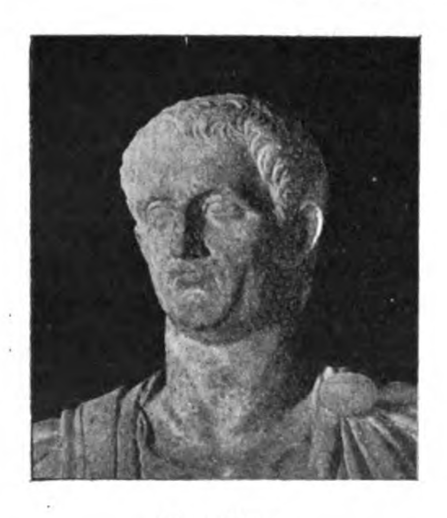
Da es bei den schwierigen Fragen der Cäsarendiagnosen und des Cäsarenwahnsinns zuweilen, besonders bei der teilweisen Kürze der Literaturangaben, auf jedes Wort ankommt, habe ich die Literatur möglichst wörtlich angeführt, damit der Inhalt nicht entstellt wird und so an Beweiskraft verliert.

Daß ich schon den Beweis für meine frühere Behauptung angetreten habe, daß meist von Haus aus degenerierte oder schwachsinnige Cäsaren in „den auffallenden Zustand", früher schlechthin Cäsarenwahnsinn genannt, verfallen, während das bei Geistesgesunden nicht der Fall ist, erhellt daraus, daß ich von allen Auffallenden — Tiberius und Maximinus Thrax scheiden ja aus — entweder Entartung (bei Claudius, Nero, Domitian, Caracalla, Carinus und Maxentius) oder Schwachsinn (bei Caligula, Commodus, Elagabal und Mäonios) nachgewiesen habe. Bei Domitian und Caracalla stimmte außerdem die alte Diagnose Cäsarenwahnsinn, der aber erst auf Grund der Entartung entstehen konnte. Ich kann also jetzt meine Ansicht dahin präzisieren, alle Auffallenden müssen von Haus aus degeneriert oder schwachsinnig sein. Denn alle anderen römischen Kaiser bis auf Romulus Augustulus verfielen nicht in den auffallenden Zustand.



Man sieht, wie fein der Instinkt des römischen Volkes war; der Senat ernannte, wenn er von vornherein die Entscheidung hatte, nur Vollsinnige zu Herrschern; die Auffallenden waren teils Söhne von Cäsaren

Cäsarenentartung (angeboren):



Claudius.



Nero.

(Nach Abbildungen der Neuen Photogr. Gesellsch., A.-G., Berlin-Steglitz).

Cäsarenwahnsinn (erworben) auf der Basis der Entartung:



Domitian.



Caracalla.

(Nach Abbildungen der Neuen Photogr. Gesellsch., A.-G., Berlin-Steglitz).

(Domitian, Commodus, Caracalla, Carinus und Maxentius) oder wie Claudius, Nero, Elagabal und Mäonios Verwandte von solchen und

empfahlen sich also scheinbar durch ihre Abkunft oder wurden von ihrem Vorgänger zur Thronfolge bestimmt. Bekannt ist, wie der Senat zögerte, Claudius als Kaiser anzuerkennen, und wie ihm zumute

Cäsarenschwachsinn (angeboren):



Caligula.



Commodus.



Elagabal.

(Nach Abbildungen der Neuen Photogr. Gesellsch., A.-G., Berlin-Steglitz).

war, als Domitian den Thron bestieg. Wenn Alexander Severus, der so jung wie Elagabal die Regierung antrat, nicht auffallend wurde, so zeigt das wiederum, daß ein sorgfältig erzogener charaktervoller Fürst, auch wenn er jung zur Regierung gelangt, gut regieren kann.

Zur Unterstützung meiner Beweisführung füge ich am Schluß

die Porträts der meisten auffallenden Cäsaren bei; die seltenen der Kaiser Carinus, Maxentius und Mäonios konnte ich leider nicht bekommen.

Die von uns eigentlich, aber nur an der Hand weniger schlechter Herrscher betrachtete Geschichtsepoche enthält, das dürfen wir nicht vergessen, den größten Glanz der römischen Kaiserzeit, ich brauche nur an zwei Namen, Trajan und Marc Aurel, zu erinnern. Das mußte zum Schluß gesagt werden, um nicht aus dem Vorhergehenden falsche Schlüsse entstehen zu lassen. Ich wollte im Gegenteil zeigen, daß die betreffenden vier Regenten infolge ihrer geistigen Gebrechen eine mildere Beurteilung verdienen und so die ganze Zeit, die allerdings den Fehler beging, sich solche Herren solange gefallen zu lassen. Die Größe der römischen Kaiserzeit muß trotz aller anhaftenden Mängel richtig gewürdigt werden. Die neuerdings auftretende Geistesrichtung, der Antike über die Achsel weg zu sehen und von der modernen Wissenschaft und Technik alles zu erwarten, kann nur zur Verflachung der Bildung führen.

Literatur.

Suetonius, Lebensbeschreibung der 12 ersten römischen Kaiser.
Herodian, Geschichte des Kaisertums seit dem Tode des Marcus.
Dio-Zonaras, Römische Geschichte.
Scriptores historiae Augustae (Spartianus, Lampridius).
Sextus Aurelius Victor, Kaisergeschichte.
Mommsen, Römische Geschichte, die Provinzen von Caesar bis Diocletian.
Schiller, Geschichte der römischen Kaiserzeit.
v. Domaszewski, Geschichte der römischen Kaiser.
Hertzberg, Geschichte des römischen Kaiserreichs.
v. Ranke, Das altrömische Kaisertum, mit kritischen Erörterungen zur alten Geschichte.
Weber, Geschichte des römischen Kaiserreichs, der Völkerwanderung und der neuen Staatenbildungen.
Parsenow, Cäsarenwahnsinn und Blutrausch.
Mertens, Weltgeschichte.
Imhof, Titus Flavius, Domitianus.
Gsell, Essai sur le règne de l'empereur Domitian.
Duviquet, Héliogabale, raconté par les historiens grecs et latins.

Das Irren- und Siechenhaus Pforzheim und seine Ärzte[1]).

Von

Dr. W. Stemmer in Stuttgart, Marienhospital.

Bei der Ausführung des Beschlusses, das Pforzheimer Haus zur allgemeinen Landesanstalt für Irre und Sieche zu machen, war man in erster Linie auf das Wohl der Geisteskranken bedacht, schon deshalb, weil diese an Zahl den größeren Teil der zu Versorgenden ausmachten. In den vorausgegangenen Kriegszeiten hatten ihre Interessen innerhalb der zusammengesetzten Anstalt ziemlich zurücktreten müssen; man war schließlich froh gewesen, wenn man auf gute Art mit den Züchtlingen fertig wurde, deren Zahl sich auch durch Massenbegnadigungen immer nur auf kurze Zeit hatte einschränken lassen. Dazu kam, daß der Anstaltsarzt, Dr. *Gysser*, welcher nunmehr seit 30 Jahren seines Amtes waltete, immer häufiger durch seine überhandnehmenden anderen Berufsgeschäfte und durch gelegentliche Erkrankung verhindert wurde, sich eingehender mit den Geisteskranken zu befassen. So benützte die Regierung die anläßlich der Einschränkung der Zwecke der Anstalt gebotene Gelegenheit zu der Verfügung, „wonach künftighin dem Hofrat *Gysser* gegen Fortbeziehung seines bisher für die medizinische Besorgung des Zucht- und Irrenhauses bezogenen Gehalts die Besorgung des bei diesem Institut angestellten Hauspersonale allein, dem Dr. *Roller* aber die Besorgung der erst durch die jetzt neue Einrichtung dahin hauptsächlich kommenden Irren und Korrigenden allein gegen Bezug von 150 G. nebst der Expectanz auf das von dem Hofrat *Gysser* bezogen werdende Gehalt auf den Fall seines Abgangs übertragen werden solle.“ *Gysser* fand diesen Erlaß, welcher zugleich „einen Wink auf das wichtige Memento

[1]) Vgl. diese Zeitschrift 1913 Heft III u. IV, S. 432—473.



mori“ für ihn enthalte, nicht klar genug gehalten, und erbat sich Auskunft über verschiedene Zweifel. *Roller* sollte sich dazu äußern und tat dies in sehr entgegenkommender Weise: „Vorerst würde ich, wenn es auf keine andere Art geschehen könnte, gerne auf die Anwartschaft des dem Herrn Hofrath *Gysser* gebliebenen Gehalts Verzicht leisten, weil ihn solches zu kränken scheint“; dieser versöhnliche Anfang bezeichnet die Grundstimmung seines Schreibens. Trotzdem fehlte der Boden für ein geeignetes Zusammenwirken der beiden Männer; die im Sturm der Kriege zerflatterte Tradition wurde nie an *Roller* übermittelt: die Darlegungen *Jägerschmids* ruhten im Staub der Akten, der Chirurgus *Schmidt* war erst seit 1799 im Dienst und hatte die besseren Zeiten nie gesehen, und Rechnungsrat *Eisenlohr*, seit 1780 Anstaltsverwalter, hatte seinen Wirkungskreis mehr bei den Züchtlingen als auf seiten der Irrenpflege gehabt. So war *Roller* als Irrenarzt auf sich selbst gestellt. Zum Erwerb lebendiger Erfahrung hatte er nur einmal vorher kurze Gelegenheit gehabt bei einer fünfwöchigen Vertretung seines Vorgängers im Jahre 1798. Aus der Literatur hat er vor allem *Reils* [1]) mit großer Begeisterung geschriebenes Werk gekannt und sich danach zu richten gesucht, soweit dies die beschränkten Verhältnisse gestatteten. Während in den vielen Akten bis 1804 sich nirgends ein Buch zitiert findet und sich kaum ein Zeichen eines Wirksamwerdens fremder Einflüsse spüren läßt, spiegelt sich von nun an das beginnende Fühlungnehmen der verschiedenen an der Ausgestaltung des Anstaltswesens beteiligten Kräfte in der Geschichte des Pforzheimer Hauses wieder; es beginnt die Ausbildung des Einheitlichen und Typischen, wofür das eigentliche Fundament *Christian Friedrich Roller* legen sollte, der als Sohn des Obengenannten einen Teil seiner Jugendjahre in Pforzheims Mauern verbracht hatte.

Der Vater *Roller*, *Johann Christian* [2]), ist in Pforzheim am 27. August 1773 geboren. Nachdem er im dortigen Pädagogium den ersten Unterricht erhalten hatte, bezog er in Stuttgart die hohe Karlsschule, wo er *Schillers* freigewordenen Platz einnehmen durfte. Nach Erledigung der

[1]) *Joh. Chr. Reil*, Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Kurmethode auf Geisteszerrüttungen. Halle 1803.

[2]) D. D. 1459, 1884 und Illenauer Akten. Vgl. *v. Weech*, Bad. Biographien, Nachtrag. Karlsruhe 1881. Einige Mitteilungen verdanke ich der Liebenswürdigkeit von Herrn Prof. Dr. *Roller* in Karlsruhe.



umaniora und anderen Vorbereitungswissenschaften hörte er dort noch
n Semester Arzneikunde und bezog dann die Universität Jena. *Hufeland*
ot ihm Semiotik, allgemeine Therapie und Klinikum, *Nikolai* Pathologie
nd Rezeptschreibekunst; neben diesen und anderen medizinischen Vor-
sungen hörte er auch Chemie, Physik, Mathematik und Philosophie.
ach 5 Semestern unterzog er sich in Karlsruhe der medizinischen Prü-
ng, welche von der Sanitätskommission unter dem damaligen Vorsitz
chweikhards abgenommen wurde. Außerdem ließ er sich von Hebammen-
eister *Zandt* in der sonst zum Gebiet der Chirurgen gehörigen Geburts-
ilfe prüfen. Das bestandene Examen gab nicht nur die Veniam practi-
andi, sondern auch das Anrecht auf eine staatliche Anstellung. *Roller*
eß sich in Pforzheim nieder und war stetig bemüht, die Fortschritte
einer Wissenschaft im gleichen Zeitmaß mitzugehen; so war er in Baden
er erste Arzt, welcher die Kuhpockenimpfung ausübte [1]). Seine wieder-
olten Gesuche um staatliche Anstellung fanden 1804 Erfüllung. Bei der
chaffung des eigenen Irrenhausphysikats mag von seiten der Regierung
uch der Wunsch mitgespielt haben, *Roller* irgendwie unterzubringen;
usschlaggebend war jedoch die Absicht, mit der Umgestaltung des
rrenhauses etwas wirklich Neues zu schaffen. Man hätte gerne der Anstalt
inen sich ihr ausschließlich widmenden Arzt zur Verfügung gestellt,
mußte aber des geringen Gehalts wegen sich damit abfinden, *Roller* die
Privatpraxis zu gestatten. Öftere Gesuche um Zulagen hatten nur langsam
Erfolg; 1808 erhielt *Roller* Dienstwohnung von vier Zimmern mit Küche
und Kammer im Uhrenfabrikgebäude, welches nach Ablauf des Miet-
vertrags zur Erweiterung der Anstalt und zur Trennung der heilbaren
und unheilbaren Irren verwendet wurde [2]). 1810 gab er die Landpraxis
auf und behielt nur die Stadtpatienten bei [3]). Mit *Gysser* kam er nie wieder
zu gutem Einvernehmen; ein besonders schwerer Fall der beiderseitigen
Zwistigkeiten wurde der Sanitätskommission [4]) vorgelegt, welche damals
auch die Tätigkeit eines ärztlichen Ehrengerichts ausübte; die Verhandlung
war wenig ergebnisreich, beide Herren erhielten einen Verweis. Die über
Standesehre und Kollegialität ausgesprochenen Anschauungen unter-
cheiden sich in nichts von dem, was wir heute verlangen. *Gysser* wurde

---

[1]) Vgl. *Fr. Wilh. Maler*, Geschichte der Kuhpockenimpfung in Baden. Karlsruhe 1804.

[2]) J. A. 1430. Das Haus wurde ursprünglich für zu baufällig und ungeeignet gehalten, doch erklärte sich der Landbaumeister F r o m m e l bereit, es um 2726 G. wieder so instand zu setzen, daß es „noch 60 bis 0 Jahre werde stehen können". Er hat sein Versprechen glänzend gehalten: das Gebäude ist heute noch in Benützung.

[3]) Mitteilung in den Pforzh. Wöchentl. Nachrichten, 1810, Stück 16.

[4]) Über den Geschäftskreis der Sanitätskommission vgl. Karlsruher Reg.-Blatt 1803, Nr. 18.

am 10. August 1813 von einem Schlaganfall weggerafft [1]); *Roller* scheint auf seine Nachfolge die besten Aussichten gehabt zu haben, da ereilte ihn am 20. April 1814 der Tod, bei einer Typhusepidemie war er in Ausübung seines Berufs angesteckt worden. Der bei einer Pension von 202 G. 57 Kr. in ziemlich bedrängter Lage zurückgebliebenen Familie wandte sich allgemeine, nicht nur ideelle, sondern auch materiell hilfsbereite Teilnahme zu [2]).

Roller war nicht Direktor der Anstalt, sondern nur ein Mitglied des Vorstandes; zu diesem gehörten außer ihm die zwei protestantischen Diakonen und der katholische Geistliche Pforzheims, ferner der Chirurg — 1806 folgte *Osiander* auf den letzten der *Schmidt* — und der Verwalter, welchem seit 1806 ein Buchhalter beigegeben war. Die Verwalterstelle ging nach *Eisenlohrs* Tode an *Dennig* über. Eine scharfe Abgrenzung der Obliegenheiten dieser verschiedenen Personen fand nicht statt, sie sollten sich wechselseitig zur Erreichung des gemeinsamen Zwecks unterstützen — man hört *Reils* Stimme in dieser mangelnden Bestimmtheit. *Roller* fand, daß in der Anstalt viel gearbeitet würde, aber ohne rechte Einheit [3]); zur Behebung dieses Übelstandes führte er regelmäßige „Konferenzen" der Vorstandsmitglieder ein, deren Protokolle [4]) wertvollen Aufschluß über so ziemlich alle Verhältnisse der Anstalt bieten. *Rollers* Persönlichkeit scheint in ärztlichen Dingen sich immer durchgesetzt zu haben. Eines seiner größten Verdienste ist die Einführung eines einheitlichen Fragebogens, welcher der Mangelhaftigkeit der meisten Anamnesen abhelfen sollte und durch Erlaß des Ministeriums 1810 allgemein vorgeschrieben wurde [5]). Diese „Nachricht von den Geist-

---

[1]) M. A. 1889. Sein Nachfolger wurde Dr. *Wenz*, welchem 1816 der Oberarzt vom Großh. leichten Inf.-Batt. Dr. *Müller*, der nachmalige Arzt der Siechen- und später der Filialirrenanstalt und schließlich Direktor der Heil- und Pflegeanstalt, als Physikatsassistenzarzt beigegeben wurde. M. A. 1888.

[2]) *R. Gerwig*, Aus der Zeit vor 100 Jahren. Pforzheimer Anzeiger 1913, Beilage zu Nr. 70, 71, 72 u. 74.

[3]) J. A. 1458.

[4]) Erhalten sind die Jahrgänge 1810, 1814, 1815, 1818, 1819, 1824 und ein Teil von 1825.

[5]) Im Kurbad. Regierungsblatt vom 4. Febr. 1806 ist schon ein ganz ähnliches Schema auf *Rollers* Vorschlag verordnet worden; der allgemeine Eingang in die Praxis erfolgte aber erst mit Einführung des Formulars.

lichen und Medizinalbeamten über die ins Irren- und Siechenhaus abzuliefernde Kranke" zeigt folgenden Vordruck:

1. Eltern, derselben Religion, Stand, beiderseitiger Charakter, Familienanlage zur nämlichen Krankheit, Alter. 2. Erziehung und Lebensweise in späteren Jahren. 3. Kinderkrankheiten und spätere Krankheiten. 4. Geisteskräfte überhaupt, und herrschende Neigungen und Leidenschaften im gesunden Zustand. 5. Beschäftigung und Erwerbszweig. 6. Ehestand, häusliche Verhältnisse, Mangel oder Überfluß, Verschwendung oder Geiz. 7. Erste Äußerung der Geisteskrankheit, mutmaßliche oder gewisse Ursachen derselben, plötzlich oder durch Schrecken, oder langsam durch Kummer, unglückliche Liebe usw. 8. Beschreibung der Krankheit selbst, des Blödsinns, der leichten Verwirrung, der Melancholie, und vorzüglich der fixen Ideen, der Raserei, der Übergang einer dieser Krankheiten in die andere — die ruhigen Zwischenzeiten und ihre Dauer. 9. Die vorgenommenen Kurmethoden und ihre Wirkung.

Dieses recht brauchbare Formular blieb mit geringen Änderungen auf lange hinaus in Verwendung; es wurde mitbenutzt bei Aufstellung der jährlichen Berichte und Tabellen, welche die Aufsichtsbehörde nach Einsichtnahme wieder zurückgehen ließ, da *Roller* sie zu einer zusammenfassenden Statistik verwerten wollte: „wenn noch mehrere solcher Resultate gezogen sind, so lassen sich wieder allgemeinere abstrahieren, und in der Folge ganz bestimmte Data dem Arzt und Psychologen mitteilen, und dann wird eine öffentliche Bekanntmachung erst von Nutzen sein." *Roller* wurde durch den Tod an der Ausführung seines Planes gehindert; einige Zahlen bringt er in seinem „Ersten Versuch einer Beschreibung der Stadt Pforzheim, mit besonderer Beziehung auf das physische Wohl seiner Bewohner" [1]). Dieses Buch enthält eine eingehende Beschreibung.

[1]) Pforzheim 1811. (Vgl. darüber *Fischer*, Die Entwicklung des Bauwesens der Irrenanstalten, in dieser Zeitschrift 1913, Heft III u. IV, S. 485.) Die von *Roller* in den statistischen Beilagen angegebenen Zahlen decken sich mit denen der bei den Akten befindlichen Tabellen; ihre Richtigkeit läßt sich außerdem durch die Krankengeschichten der in den Tabellen namentlich angeführten Patienten belegen. In der „Statistik der Heil- und Pflegeanstalt Illenau, Karlsruhe, 1866", sind in Tabelle II Blatt 1, 4 u. 5, Zahlen über Pforzheim von 1802 ab gegeben; diese decken sich mit den obengenannten nicht und sind offenbar falsch; so müßte doch z. B. im Jahre 1804 der Zuwachs von Mannheim her erkennbar sein. Worauf die letztgenannte Statistik sich stützt, war nicht zu ermitteln.



der Anstalt und bildet einen schätzenswerten Beitrag zur Geschichte der Städtehygiene wie auch des Anstaltwesens; es zeigt *Roller* als einen mit ungetrübtem Blick schauenden Beobachter, der am Gedeihen seiner Vaterstadt lebhaften Anteil nimmt und vor der Aufdeckung von Schäden und der Rüge von Mißständen nicht zurückschreckt. Andere wissenschaftliche Arbeiten hat er nicht veröffentlicht; dagegen war er Redakteur der Pforzheimer „Wöchentlichen Nachrichten". Der nüchterne Ton eines Nachrichtenblattes jener Zeit gibt dem Leiter keine Gelegenheit, den Leser eine eigene Note fühlen zu lassen, so daß wir uns vergeblich bemühen, auf diesem Wege näheres über seine Persönlichkeit zu erfahren. Dennoch blieb *Roller* von den Unannehmlichkeiten, welche die Führung einer unabhängigen Presse für einen Staatsbeamten haben kann, nicht verschont: die wahrheitsgetreue Mitteilung [1]) eines für die beteiligten Organe peinlichen Vorfalls wurde ihm schwer verübelt: Ein auswärtiger Patient wurde in todkrankem Zustand durch die Stadt transportiert und starb wenige Minuten nach der Ankunft in der Anstalt; der geleitende Hatschier zeigte zu seiner Rechtfertigung die ordnungsgemäße Transportfähigkeitsbescheinigung des Physikus der letzten Amtsstadt vor. Später stellte es sich heraus, daß der Arzt das Zeugnis ausgestellt hatte, ohne den Kranken gesehen zu haben.

Die vorgesetzte Behörde, welcher die Anstalt unterstellt war, bildete bis 1805 die Arbeitshausgeneralkommission, dann die Staatsanstaltenkommission, und von 1810 ab das Ministerium des Innern. Dabei gehörte jedesmal die Irrenanstalt zur selben Abteilung wie die aus dem gemeinsamen Stamm mitentsprungenen Strafvollzugsanstalten. So wurden im Jahre 1806 sämtliche hierher gehörigen Anstalten von Dr. *Gall* — der berühmte Phrenologe ist von Geburt Badener — und Dr. *Holzmann* gemeinsam besucht [2]). *Gall* unterschied

[1]) Wöchentl. Nachrichten 1812, St. 7.

[2]) G. L. A., Repositur des Großh. Minist. des Innern. IV, 1, Zwangsanstalt. In der wissenschaftlichen Literatur findet sich nur in dem von *Joh. Heinr. Kopp* herausgegebenen Jahrbuch der Staatsarzneikunde, Bd 1, Frankfurt a. M. 1808, eine kurze Mitteilung über die vollzogene Besichtigung. Die Allg. Zeitung bringt in Beilage Nr. 21, 1807, einen Schriftwechsel zwischen *Gall* und einem „großh. badenschen Geschäftsmann" über diese Angelegenheit. Die von letzterem wiedergegebenen Anschauungen decken sich so sehr mit denen von *Reinhard*, daß man

bei den Verbrechern zwei Klassen der Moralität, die schlimmen, bei denen bloß die Sicherheit des Staates als Hauptzweck der Strafe anzusehen sei, und die andern, jene, bei denen man ihren Umständen nach noch Besserung neben der Sicherheit des Staates als Zweck betrachten könnte. Zur zweiten Reihe gehörten diejenigen, welche sich für die Pforzheimer Korrektionsabteilung eigneten. Für das Irrenwesen schlug *Gall* vor, die Unheilbaren in Pforzheim zu belassen, und für die im ganzen Lande befindlichen Heilbaren in Freiburg ein Tollhaus zu errichten, „wo sie nicht nur einen gesunden Aufenthalt finden, sondern auch für die medizinische Fakultät von äußerster Wichtigkeit sein würden". Dem entgegen hielt Geheimrat *Reinhard* von der Staatsanstaltenkommission die Trennung auch innerhalb der Pforzheimer Anstalt für durchführbar; die Verlegung nach Freiburg möge zwar der Fakultät nützen, aber den Interessen der Kranken wenig entsprechen, die dort gewiß häufiger durch Besuche gestört würden, als ihrer Heilung zuträglich wäre. Die Kranken bedürften eher ländlicher Ruhe, und man könnte daher eher an eine Verlegung in eines der aufgehobenen Klöster denken. *Reinhards* Ansehen und der Geldmangel des Staates, welcher jede eingreifendere Änderung verbot, überwanden *Galls* Vorschläge; es wurde nur die Trennung der Heilbaren von den Unheilbaren innerhalb der Anstalt beschlossen. Die Verhältnisse wurden dadurch ungeheuer verwickelt; man hatte vorher schon kaum den nötigen Raum gehabt, um Irren und Sieche, und unter diesen wieder Männer und Frauen, genügend auseinander-

---

ihn wohl als Verfasser vermuten darf. *Galls* Schilderungen von Pforzheim sind offenbar übertrieben; bemerkenswert sind seine folgenden Ausführungen: „Die Geistes- und Gemütskrankheiten können nicht als isolierte Übel außer dem Zusammenhang mit der übrigen kranken Natur betrachtet werden. Es wäre daher nicht gut, wenn man den Irrenarzt einzig aufs Irrenhaus einschränken wollte. Hoffentlich wird es niemals so bevölkert sein, daß es einen geübten Mann, auch selbst dann, wenn er einen Unterricht damit verbände, ganz beschäftigen könnte. Auch wird das Publikum in ähnlichen Fällen sein Vertrauen vorzüglich auf den Irrenarzt setzen. Nur eine zahlreiche Praxis erhält den Arzt in Übung, und setzt ihn in den Stand die Natur der einreißenden Seuchen, den Einfluß der Jahreszeiten und der Witterung, Dinge, welche den Charakter aller Krankheiten, folglich auch den Charakter der Geistes- und Gemütskrankheiten modifizieren, kennen zu lernen."



halten zu können. Der durch die Einbeziehung des Uhrenfabrikgebäudes gewonnene räumliche Zuwachs war durch neue Vermehrung der Patienten rasch aufgezehrt, indem mit der wiederholten Vergrößerung Badens auch die neuen Gebietsteile immer ausgedehnter die Anstalt in Anspruch nahmen.

Die mit der Anstalt verbundene Korrektionsabteilung wurde 1808 aufgehoben und die Insassen, welche meist Vagantentum oder liederlicher Lebenswandel hereingeführt hatte, nach Bruchsal verlegt. Doch behielt die Regierung nicht immer gleiche Achtung vor dem nunmehr ausschließlichen Zweck der Anstalt und brachte später noch einige Male Rechtsbrecher aus höheren Ständen detentionis loco dort unter.

Die Aufnahmebestimmungen der Anstalt waren 1803 dahin ergänzt worden, daß auch Blödsinnige nicht zurückgewiesen werden durften; doch suchte man schon aus Platzmangel möglichst dem zu steuern, daß „die Gemeindevorsteher jeden auch nur ein wenig blödsinnigen Menschen nach Pforzheim abschieben wollten". Bei seinem Dienstantritt fand *Roller* als eigentlich maßgebend die durch viele Zusätze unübersichtlich gewordenen Anweisungen des Büchleins von 1759 [1]) vor; diese wurden jedoch schon im folgenden Jahre durch neue Instruktionen ersetzt, welche er selbst im Auftrag der Behörde entworfen hatte. Die neuen Ordnungen [2]) atmen einen durchaus praktischen Geist; sie streben weder über das gleichzeitige Mittelmaß hinaus noch steigen sie hinab zu manchen damaligen Übertreibungen. *Roller* drang vor allem auf ein zuverlässiges, an Zahl ausreichendes Wartepersonal; doch wurden seine Ansprüche namentlich in Beziehung auf die Menge nicht voll befriedigt. Grobe Verstöße wurden selten gemeldet und immer gebührend bestraft; doch gibt schon die Tatsache zu Bedenken Anlaß, daß ein Teil der Wärter aus dem früheren Zuchthauspersonale hervorging. *Roller* verlangte von den Wärtern ein „wohlanständiges, nüchternes Leben und Hingabe an den Dienst". Ein besonderer Erlaß der Regierung machte alle Angestellten des Hauses nachdrücklich auf die Pflicht der Verschwiegenheit aufmerksam.

Um das Wohl der Kranken war *Roller* aufrichtig besorgt, und

[1]) Umständliche Nachricht usw., s. a. a. O.

[2]) J. A. 1465.



er fand bei der Behörde, welche sich auch um Kleinigkeiten zu kümmern pflegte, meist einiges Verständnis für seine Vorschläge und Wünsche. Zur Zerstreuung dienten Spaziergänge und Unterhaltungsabende, bei welchen die noch einigermaßen gesellschaftsfähigen Pfleglinge zusammenkamen; auch eine kleine Bücherei war vorhanden. Den daran gewöhnten Männern wurde Schnupftabak unentgeltlich zur Verfügung gestellt; der Einführung dieses Genußmittels hatte anfangs nur die eine Schwierigkeit entgegengestanden, daß die Regierung sich ungern entschloß, nun auch für jeden der Schnupfer ein Taschentuch anzuschaffen. Auf Arbeit wurde großer Wert gelegt; zum Teil konnte man die Leute nach ihrem erlernten Beruf beschäftigen; die übrigen wurden je nach Möglichkeit zu den im Betrieb des Hauses notwendigen Verrichtungen herangezogen. *Roller* bedauerte es sehr, von der Gartenarbeit so wenig Gebrauch machen zu können, da der zur Anstalt gehörige Garten — das ehemalige St. Georgenstift — zu weit von der Anstalt entfernt lag. Über seine therapeutischen Grundsätze sollte sich *Roller* in einem „Tagebuch über die rationelle Behandlung der Irren“ äußern, dessen Aufstellung das Landespolizeidepartement des Ministeriums des Innern bei der Geschäftsübernahme als vorgesetzte Behörde verlangte. Er erklärte, dem nicht nachkommen zu können: „Schon die Motive zur Behandlung der physisch Kranken sind leider so unbestimmt und so wenig Ärzte wissen immer, warum sie so und nicht anders handeln, daß es für viele eine schwere Anforderung wäre, ihren Glauben desfalls zu Papier zu bringen und höherer Prüfung vorzulegen, was in der Regel auch nicht von Staatsärzten verlangt wird. Weit schwerer nun ist die Behandlung der Geisteskranken, bei denen, wenn man auch noch so materiell zu Werk gehen will, die Einwirkung auf die Psyche ein Hauptmoment der Kur sein muß; aber diese Einwirkung ist gar oft nur die Benutzung des Augenblicks, ein schneller Einfall, Erweckung irgendeiner Leidenschaft usw. und dies alles ist so unbestimmt wie möglich [1].“

Die Grundlage der in Pforzheim geübten Therapie war das Prinzip der psychischen Einwirkung mit feineren oder gröberen Mitteln; unter diesem Gesichtswinkel in erster Linie betrachtete man die An-

---

[1]) D. D. 1459.



wendung der Ketten und der Zellen, wobei es jedoch unvermeidlich blieb, daß im Gebrauch der einmal erlaubten Geräte ein starker Einschlag der Absicht, den damit Bedachten unschädlich zu machen, hinzukam. In der Dienstanweisung der Wärter heißt es: „Die ganz Rasenden werden, solange ihre unsinnige Wut anhält, jeder in ein besonderes Zimmer eingeschlossen, und, wo nötig erachtet wird, mit dem englischen Brustlatz oder mit Fesseln, deren Schellen auszufüttern sind, verwahrt. Die „Behältnisse", anfangs 7, später 13 an der Zahl, besaßen Wände und Decke aus dicken Bohlen, um schalldicht zu sein; der Boden bestand aus gefirnißten Eichendielen, und war leicht abhängig gegen ein Ausflußloch zu, welches durch die Mauer hindurch nach der Enz führte. Die Fenster waren mit Zugleinen von außen zu öffnen und so hoch angebracht, daß der „Gefangene" nicht hinaufreichen konnte. Die Einrichtung bestand aus einer Pritsche mit Stroh oder Matratzenlager, einem Nachtstuhl und einem Ofen [1]). Dieser war, wie alle Öfen im Hause, mit einem Tannenholzgitter verwahrt; doch war diese Sicherung nicht ausreichend, um Verbrennungen bei Geisteskranken und Epileptikern ganz zu verhüten; einmal sogar gelang es einem Patienten, das Gitter selbst in Brand zu setzen.

Zu den eindringlicheren Mitteln der psychischen Therapie gehörten ferner Spritzbäder und ähnliche Wasseranwendungen; die Verordnung aller dieser Maßnahmen stand sämtlichen Vorstandsmitgliedern gleichermaßen zu; das Haus war in verschiedene Abteilungen eingeteilt, deren jede einem der Herren besonders zugewiesen war. Nur die medikamentöse Therapie war *Roller* allein vorbehalten. Zur Beruhigung diente Opium, doch reichte es in vielen Fällen für diesen Zweck nicht aus. Eine in der Hauptsache psychische Wirkung erwartete man von Ekelkuren. In den verschiedensten Absichten wurde ein großer Teil des Arzneischatzes mit wechselndem Mißerfolg probiert und wieder verworfen. Die Arzneien bezog man, jährlich wechselnd, aus den beiden Apotheken der Stadt. Der Chirurg verschrieb die in sein Bereich fallenden Dinge selbständig; er besorgte das Anlegen von Haarseilen und Fontanellen, die Aderlässe und die Wundbehandlung. *Osiander* zeigte dabei viel praktischen Sinn, so ließ er z. B. Dekubituspatienten in Hängematten lagern.

[1]) J. A. 1430.

Mit Versuchen psychischer Einwirkung opferten insbesondere geistlichen Herren viel Zeit und Mühe. Ganze Vormittage wurden ıngesetzt, um einem Kranken seine Wahnideen auszureden, und ießlich mußte man doch betrübt der Konferenz berichten, wie ı eben geglaubt hätte, endlich am Ziel zu sein, da habe das alte el wieder von neuem begonnen.

Neben den Heilungstendenzen spielten Erziehungsversuche eine ße Rolle, wobei man mit allen in der Pädagogik jener Zeit gangen Mitteln vorging und mit Schlägen, Kostentziehung und Einrren manchmal ein gewisses Maß überschritt. So betrachtete man Geisteskranken von einem recht primitiven Standpunkt aus gesermaßen als vermindert Zurechnungsfähige und behandelte sie ıentsprechend, wie „ungezogene böse Kinder", und konnte sich diesem Verfahren auf Autoritäten berufen.

Die Zahl und Bedeutung der Siechen trat gegenüber den Irren mer mehr zurück. Verhältnismäßig am stärksten waren die Epiıtiker vertreten; es handelte sich bei diesen meist um aussichtslose ılle mit hinzugekommener psychischer Degeneration. Die mit ıufigen Anfällen Geplagten mußten zu ihrer Sicherheit „Fallbäuste" agen, welche jedoch nicht ausreichten, um allen Verletzungen vorıbeugen. Immer wieder wurden mit verschiedenen Mitteln Verıche bei ihnen angestellt; ab und zu erhielt auch die Anstalt von ohlmeinenden Seelen unfehlbare Rezepte wie das folgende zugendt: Wenn der Vollmond auf einen Donnerstag falle, so sei an diesem ge ein Abführmittel, und zwar in flüssiger Form, zu verabreichen; drei Wochen vorher und nachher habe sich der Kranke aller Alkolika, sowie des Tees und Kaffees zu enthalten. Bei genauer Einltung dieser einfachen Vorschrift werde er bestimmt gesunden.

Die Küche des Hauses wurde durch verschiedene Neuerungen rbessert und der Kost gebührende Sorgfalt zugewendet; man führte ›i Tische und Krankenkost. Im Sommer stand den Patienten ein ›ines Flußbad zur Verfügung; auch warme Bäder waren eingerichtet. e Leichen der Verstorbenen mußten im Winter nach Heidelberg f die Anatomie geliefert werden, sonst wurden die Sektionen in ıem neben der Leichenkammer gelegenen Raum vom Chirurgen sgeführt. Die Präparate von Seltenheiten wurden in demselben hrank aufbewahrt, der auch für die chirurgischen Instrumente diente.



Die außerhalb der Anstalt im Lande verpflegten Geisteskranken lebten zumeist unter sehr ungünstigen Bedingungen, soweit die bei ihrer Einbringung erhobenen Anamnesen darüber Aufschluß geben. Manche wurden in Ställen eingeschlossen gehalten, andere in Gefängnissen verwahrt. Oft geschah gar nichts zu ihrer Heilung; in einem Falle nahm der Pfarrer des Ortes eine Beschwörung mit dem Patienten vor. Die gelegentlich zugezogenen Ärzte waren im Umgang mit Irren ungeschult und erzielten naturgemäß keine Erfolge; ab und zu blieb ihnen wenigstens die Enttäuschung erspart: „Da der Patient zur Einnahme von Arzneimitteln nicht zu bewegen war, so fand bisher keine Heilung statt." Die über die Ätiologie der Psychosen geäußerten Meinungen geben die während der Studienzeit des Gutachters herrschenden Lehren wieder. Bei Frauen ist häufig von Milchversetzung die Rede; bei Männern muß das lasterhafte Vorleben die Schuld an der Erkrankung tragen. Ein vom Lande stammender Verdächtiger wurde „wegen mutmaßlichen Wahnsinns und polizeiwidrigen Benehmens in das Zuchthaus Bruchsal transferiert"; nach dem Urteil des dortigen Stabschirurgus hatte seine Seele „geloistiefe moralische Narben". Der Entschluß, einen Kranken nach Pforzheim einzuweisen, wurde von den Angehörigen meist spät gefaßt, und dann ging noch weitere Zeit verloren mit Einholung der behördlichen Genehmigung, welche fast immer vorher abgewartet wurde. Unter den damaligen Pforzheimer Kranken sind die Angehörigen der oberen Klassen viel stärker vertreten als dem Verhältnis der Stände nach zu erwarten wäre; es rührt dies offenbar daher, daß diese eher in ihrer Umgebung unmöglich wurden und die Familie nicht zu derben Gewaltmaßregeln greifen wollte, aus deren Anwendung man sich im niederen Volk, besonders in bäuerlichen Verhältnissen, kein Gewissen machte.

Als *Roller* so unerwartet mitten aus der Vollkraft seines Lebens heraus dem Amte entrissen wurde, in welchem er mit bestem Streben fast zehn Jahre lang gewirkt hatte, da suchte man seinen Nachfolger nach den Eigenschaften, welche er selbst einmal als Erfordernisse seines Berufes bezeichnet hatte, „einen an Erfahrung und Wissen reichen Arzt, der sich vorzüglich als philosophischen Arzt gezeigt", und fand die Vereinigung dieser Vorzüge in dem Hofmedikus Dr. *Friedrich Groos.*

Friedrich Groos [1]) ist geboren am 23. April 1768 in Karlsruhe als jüngster Sohn des Geheimrats *Emmanuel Groos*. Den ersten Unterricht erteilte ihm der Vater selbst, dann kam er von Müllheim aus, wohin den Vater die Beamtenlaufbahn geführt hatte, in die Ecole Militaire nach Kolmar, welche unter der Leitung von *Pfeffel* und *Lerse* stand. In allen wissenschaftlichen Fächern zeichnete er sich aus, dagegen lagen ihm Leibesübungen und Tanzen nicht besonders; im Kreise der Kameraden zeigte er sich als verträglicher, sehr schüchterner Junge. Nachdem ihn der Vater in das juristische Studium eingeführt hatte, bezog er 1788 als Student der Rechte die Universität Tübingen und ein Jahr darauf die hohe Karlsschule in Stuttgart. Ein Augenleiden veranlaßte ihn, sich mit medizinischen Büchern zu befassen und gab dem innerlich von der Jurisprudenz Unbefriedigten den äußeren Antrieb zum Berufswechsel, zu dem er sich nach einigem Kampf die Erlaubnis der Angehörigen erwirkte. „Mein gänzlicher Mangel an Sinn für bloß positive Menschensatzungen und meine tiefe Verehrung für reine Natur- und Vernunftgesetze sträubte sich in mir Phantasten gegen jede etwaige juristische Anstellung so sehr, daß es zu keiner Staatsprüfung mehr kommen konnte.“ Nach einsemestrigem Studium in Freiburg wanderte er 1793 nach Pavia. Dort hörte er bei *Scarpa*, *Volta*, *Spalanzani* und vor allem bei *Johann Peter Frank*, welcher ihm von allen dortigen Lehrern den tiefsten Eindruck machte. Er fühlte das Anbrechen einer neuen Zeit in *Frank*s Anschauungen, welcher, wie *Groos* nach Hause schreibt, sich in seiner Therapie „mehr auf die Chemie, als auf die schwächenden Aderlässe und Purgantien stützt“. Das Eindringen der französischen Heere in Oberitalien brach den Studiengang jäh ab; *Groos* kehrte nicht ganz ohne Hindernisse nach Deutschland zürück; 1796 doktorierte er in Freiburg und bestand kurz darauf die staatsärztliche Prüfung in Karlsruhe, wo er sich hierauf als Arzt niederließ. Den wichtigsten Abschnitt in seinem Innenleben bildete ein schweres Leiden, das ihn auf ein langwieriges Krankenlager streckte; wie er allmählich wieder sich zu erholen begann, machte er sich mit der Philosophie besonders der stoischen Schule vertraut und

[1]) Neben dem Aktenmaterial stand mir als wichtigste Quelle das Archiv der Familie *Groos* zur Verfügung, für dessen Überlassung ich Herrn Geheimrat *Groos* in Karlsruhe zu großem Dank verpflichtet bin. Ein Teil der von *Friedr. Groos* stammenden Briefe ist verwertet und zum Teil im Wortlaut veröffentlicht in: *Groos*, Über den Gotthard vor 100 Jahren, Karlsruher Zeitung 1883, Nr. 47 u. 48, und *Groos*, Deutsche Hochschüler und Lehrer in Pavia, Deutsche Erde 1913. Eine ausführliche Biographie und das vollständige Verzeichnis der von *Friedr. Groos* veröffentlichten Schriften bringt *Wittmer*s Nekrolog, Deutsche Zeitschr. f. Staatsarzneikunde, Neue Folge, 1853, Bd. I, S. 220—237. Vgl. ferner die Nachrufe von *Roller* und *Damerow*, Allg. Zeitschr. f. Psych. 1853, Bd. 10, S. 137 bis 142, und *v. Weech*, Bad. Biogr., Heidelberg 1875, Bd. II.



erwarb sich so die Vorbildung, welche ihn nach der Meinung der meisten seiner Zeitgenossen zum Psychiater befähigen mußte. Von 1805 an bekleidete er verschiedene Staatsanstellungen, zuletzt das Physikat in Schwetzingen.

Bei seinem Eintritt in Pforzheim fand er sich leicht zurecht in den Bahnen des praktischen Anstaltsbetriebs, welche *Roller* in gewissem Grade ausgebaut hatte, und gewann bald die richtige Stellung unter den alten Vorstandsmitgliedern, welche einem bahnbrechenden Neuerer gegenüber das konservative Element vertreten hätten. Dagegen erlitt er auf dem Gebiet der Diagnostik jene Niederlage, mit welcher sein Name der jetzigen Generation verknüpft erscheint durch *Kußmauls* Darstellung des Falles Sievert[1]).

Der Pfarrer Sievert war in Pforzheim gestrandet, nachdem alle möglichen Versuche, ihn von der Haltlosigkeit seiner Verfolgungs- und Vergiftungsbefürchtungen zu überzeugen und ihm die Denkungsweise seiner Mitwelt zu suggerieren, hoffnungslos gescheitert waren. *Roller*, welcher ohne philosophisches Rüstzeug nur mit dem gesunden Menschenverstand an den seltsamen Mann herangegangen war, hatte ihn für verrückt befunden; *Groos* dagegen fühlte sich nicht umsonst gerade seiner philosophischen Bildung wegen nach Pforzheim berufen und versuchte den Ideen Sieverts, welche dieser in einem Glied an Glied zur Kette reihenden System schriftlich festgelegt hatte, vorurteilsfrei gerecht zu werden, Denn eben das Gedankliche schien ihm das Wesentliche zu sein, die Handlungen — das festgefügte Anstaltsleben bot sowieso kaum Gelegenheit zu Ausschreitungen — das minder Bedeutungsvolle. So wurde *Groos* geblendet durch die spitzfindige Geschicklichkeit, mit welcher Sievert sich vortrug, und disputierte mit seinem Patienten als Philosoph mit einem Philosophen. Er erkannte sein Gegenüber als einen im Irrtum, aber nicht in Krankheit befangenen Geist und beantragte dessen Entlassung. Diese kam jedoch nicht zustande, da *Groos* einmal weder seine Mitarbeiter an der Anstalt, noch die Regierung nach den bisher mit Sievert gemachten schlechten Erfahrungen von dessen Gesundheit überzeugen konnte; später widerrief er sein Urteil und führte Sievert in den Tabellen unter der Diagnose des periodischen Wahnsinns, „verursacht durch unermeßlichen Stolz und Rechthaberei bis zum Glauben an Infallibilität, unterstützt durch sein ausnehmendes Talent zur Beredsamkeit[2])".

[1]) *Kußmaul*, Aus meiner Dozentenzeit in Heidelberg. Stuttgart 1903. S. 14—26. Die Krankengeschichte und Akten des Falles Sievert sind vollständig vorhanden. *Kußmauls* Schilderung enthält alle zur Beurteilung des Falles wesentlichen Tatsachen

[2]) J. A. 1458.



Der Versuchung, den Pfarrer Sievert ernst zu nehmen, konnte
Arzt jener Zeit leicht erliegen, wenn er sein Ideal des philoso-
schen Arztes in einer Auffassung zur Wirklichkeit umdeutete,
che die Anwendung spekulativ philosophischer Untersuchungs-
se auf das medizinische Denken gestattete. Der Frage nach dem
z der Geisteskrankheit, ob Seele oder Körper, welche die damaligen
chiater bewegte, traten am Eingang des 19. Jahrhunderts noch
e auf deduktivem Wege entgegen und glaubten das Problem in
apsodien erschließen zu können. *Groos* wurzelt noch jenseits der
ien Methodik und hat sich von dem Boden der alten nie losreißen
nnen; das was *J. P. Frank* seinen Schülern vorgetragen hatte,
ar mehr ein frommer Wunsch oder ein prophetischer Ausblick
wesen: die Chemie konnte damals der Medizin noch kein trag-
higes Gerüst bieten. Ab und zu nimmt *Groos* in seinen Schriften
nen Anlauf zu induktiver Forschung, indem er einen Einzelfall
um Ausgangspunkt seiner Betrachtungen wählt; aber sowie er be-
innt, aus dem Geschilderten die Ergebnisse zu ziehen, verliert er
ich wieder in Spekulationen und befehdet seine wissenschaftlichen
iegner zwar mit skeptischer Kritik, aber mit denselben Waffen, mit
lenen diese selber streiten. Zwischen Psychikern und Somatikern
ahm er eine vermittelnde Stellung ein[1]), da ihm die Be-
iehungen der beiden Sphären für eine ausschließlich einseitige Lösung
u verwickelt erschienen. Einmal versuchte er dem Problem mit
lilfe der Statistik auf den Grund zu kommen[2]); doch hat er es ver-
umt, den damit betretenen Pfad weiter zu verfolgen, und ist sich
ssen nicht bewußt geworden, daß er da an der Wiege eines neuen
rschungszweiges stand. Das von ihm in Pforzheim verwendete
gnosenschema lautet folgendermaßen:

prünglich	Gemüts-	Verstandes-	Willenskranke	
altation:	Wahnsinnige	Narren	Tolle od. Rasende	Kompl.
pression:	Melancholische	Blödsinnige	Willenlose	Fälle

[1]) Vgl. *G. Benn*, Beitrag zur Gesch. d. Psychiatrie. Die Grenzboten
), Nr. 41.

[2]) Einige Resultate aus der ärztl. Tabelle f. das Jahr 1820 usw.,
schr. f. psychische Ärzte 1822, Heft. II, S. 57—88.

In der Behandlung der Kranken brachte *Groos* seine theoretischen Anschauungen nirgends zum Ausdruck; er wich kaum von den eingefahrenen Geleisen ab, und da, wo er Neuerungen versuchte, geschah dies auf empirischer Grundlage. In seinem menschlichen Fühlen schränkte er den Gebrauch drastischer Mittel ein; insbesondere machte er die therapeutischen Verirrungen des Drehstuhls und ähnlicher Geräte, auf welche *Horn*[1]) so stolz war, nicht mit. Als einmal bei einem Rasenden von dem Arzte, der ihn vor der Aufnahme in die Anstalt behandelt hatte, die Anwendung des glühenden Eisens vorgeschlagen wurde, holte *Groos* darüber erst das Gutachten der Sanitätskommission ein. Diese belegte die Empfehlung des Cauterium actuale aus verschiedenen Stellen der Literatur und meinte:

„Man muß über dessen wenig versuchte Anwendung bei Verrückten und Tobsüchtigen um so mehr sich wundern, als von den meisten Ärzten ähnliche, aber minder kräftig wirkende Mittel, wie Haarseile, Blasenpflaster, Fontanellen usw. so sehr empfohlen werden, nicht um damit das Gehirn aus einem torpiden Zustand zu rascherer Tätigkeit zu wecken — eine Indikation, die bei Behandlung der Tobsucht nicht wohl aufgestellt werden wird, sondern um damit die Tätigkeit der Lebenskraft von dem Gehirn ab, zu dem gereizten Teil hinzu zu leiten, und durch den erregten Schmerz, wie *Reil* sich ausdrückt, in die Kette der Ideen des Verrückten ein neues Glied einzuschieben." „Es kann aber die Anwendung schmerzhafter Mittel, die man deswegen mit Unrecht grausam zu nennen pflegt, den Ruf einer Heilanstalt nicht gefährden, wenn man diese unter steter sorgender Aufsicht der Staatsbehörde und einem einsichtsvollen, behutsam handelnden und dabei vorzüglich humanen Arzte anvertraut weiß; dem gegründeten Tadel würde vielmehr eine Irrenanstalt dann sich aussetzen, wenn man ihr nachsagen müßte, daß in ihr mit den Irren sonst nichts geschehe, als daß diese dort — recht gut und fest verwahrt werden."

Durch dieses „reife und tief erwogene Urteil" wurden die Bedenken von *Groos* zerstreut, und der Chirurg *Osiander* und sein Gehilfe brannten den Patienten gleichzeitig an Scheitel und Fußsohlen; die nachfolgende Eiterung wurde mit Digestivsalbe weiter unterhalten; in derselben Weise wurde noch ein zweiter Kranker behandelt. Über

[1]) *Horn*, Öffentliche Rechenschaft über meine zwölfjährige Dienstführung als zweiter Arzt des Kgl. Charité-Krankenhauses usw. Berlin 1818.



die nicht eindeutigen Erfolge berichtete *Groos* in der *Nasse*schen Zeitschrift [1]).

Die immer stärker wachsende Zahl der Kranken lähmte vielfach den geordneten Betrieb der Anstalt; man glaubte auch zu bemerken, daß die Menge der Geisteskranken rascher zunehme, als die Vermehrung der Bevölkerung erwarten ließe. Wegen der Überfüllung mußte *Groos* seinen Vorschlag aufgeben, für die auf dem Weg der Besserung Begriffenen eine eigene Abteilung einzurichten und ihnen freie Behandlung und Gartenbeschäftigung zuteil werden zu lassen. Das Bedürfnis nach Abhilfe brachte eine Reihe von Plänen hervor [2]); zunächst tauchte der Gedanke wieder auf, die Anstalt in eines der leeren Klöster zu verlegen. Für Schuttern und für Tennenbach wurden Voranschläge ausgearbeitet, und die für einen sachgemäßen Umbau entworfenen Grundsätze zeigen ein gutes Verständnis für das an Notwendigem und Angenehmem zu Verlangende; man nahm sich dabei Frankenthal als Musteranstalt zum Vorbild. An den hohen Kosten scheiterte die Ausführung dieser Entwürfe. Sodann beabsichtigte man, das Siechenhaus, das immer mehr als Fremdkörper empfunden wurde, allein zu verlegen; man dachte an das Kapuzinerkloster oder das Gebäude der barmherzigen Brüder in Bruchsal, entschloß sich aber schließlich, auf dem der Anstalt gehörigen Grundstück des Barfüßerspeichers und -gartens in Pforzheim ein eigenes Siechenhaus zu errichten, dessen Bau im Jahre 1824 in Angriff genommen wurde [3]). Als die Siechen 1826 den Neubau bezogen, veranlaßten gleichzeitige Verschiebungen unter den Strafvollzugsanstalten des Landes die Versetzung der Irren in das Jesuitenkonviktsgebäude nach Heidelberg und die Verwendung des alten Baues in Pforzheim als Arbeitshaus. Die Bürgerschaft erhob erfolglos Einspruch gegen den Ersatz des Irrenhauses, „einer konsumierenden Anstalt", durch ein Arbeitshaus, das seine Produkte möglichst rasch absetzen wolle und dabei den ansässigen Werkleuten Konkurrenz mache. So nahm das Irren- und Siechenhaus Pforzheim ein stilles Ende [4]). Die letzten

[1]) Zwei Beobachtungen über die Wirkung des glühenden Eisens bei Rasenden. Zeitschr. f. psych. Ärzte 1821, H. IV, S. 119—123.

[2]) J. A. 1431.

[3]) J. A. 1432.

[4]) Die baldige Überfüllung der Heidelberger Anstalt machte schon



22 Jahre hatten die Entwicklung so weit geführt, daß zum Schlusse das Irren- und Siechenwesen auseinanderfiel als zwei sich vollkommen fremd gewordene Zweige der staatlichen Fürsorge. Ihre Vereinigung hatte noch vor einem Jahrhundert das Volksempfinden nicht gestört; aber nun hatte sich zwischen beiden eine weite Kluft geöffnet: die Verschiebung der Auffassung von den Verpflichtungen, welche die Gesellschaft dem Geisteskranken schuldet, hatte ihn auf eine andere Stufe gehoben; so hielt kein inneres Band mehr Irren- und Siechenfürsorge zusammen, als die Wege beider sich trennten. Auch im Irrenwesen selbst hatte sich ein Umschwung vollzogen: es spannten sich Fäden herüber und hinüber von einer Anstalt zur andern, welche die Verbindung der in gleicher Richtung Strebenden anbahnten und so dem Fortschritt des Ganzen dienten.

Groos wurde ärztlicher Leiter der Heidelberger Anstalt und las eine Zeitlang an der Universität über Psychiatrie. 1836 wurde er mit Ehren in den Ruhestand versetzt. Die letzten neun Jahre wirkte *Christian Friedrich Roller* als Assistent an seiner Seite; in jener Zeit entstand *Roller*s für die Weiterentwicklung des Anstaltwesens ausschlaggebendes Werk [1]), dessen grundlegende Forderung einer neuen, zu ihrem Zweck besonders erbauten und eingerichteten Irrenanstalt wir in allen früheren Verhandlungen zur Verbesserung des badischen Irrenwesens vergeblich suchen. *Roller* war ganz die geschlossene Persönlichkeit der Tat, ihm lagen vor allem die Bedürfnisse der Praxis am Herzen. An seinem von ihm sehr hochgeschätzten Lehrer *Groos* vermißte er die Vermittlung zwischen den ganz spekulativen Charakter tragenden Theorien und der auf „humanem, wissenschaftlichem Geiste“ aufgebauten Behandlungsweise der Kranken. *Groos* entfernte sich in seiner bis in die letzten Jahre fortgesetzten schriftstellerischen Tätigkeit immer mehr von der Medizin nach der Richtung der absoluten Philosophie, in welcher er Befriedigung und Einheit fand. Am 15. Juni 1852 starb er im Alter von 84 Jahren. Seine wissenschaftlichen Schwächen waren ganz die

---

im Jahre 1829 die Inanspruchnahme des alten Pforzheimer Hauses als „Filialirrenanstalt“ notwendig. Aus dieser ging die jetzige Großh. Heil- und Pflegeanstalt hervor.

[1]) *Roller*, Die Irrenanstalt in allen ihren Beziehungen. Karlsruhe 1831.



Schwächen der Zeit, aus der er hervorgegangen; seine Vorzüge waren die eines rechtschaffenen Mannes und gewissenhaften Arztes. In seiner langen Wirksamkeit als Psychiater hat er viel von jener Kleinarbeit geleistet, welche sich nicht in die Bücher der Geschichte, aber tief in die Herzen jener einprägt, welche dadurch ihr Los erleichtert finden. Hierin, im Menschlichen, liegt seine Bedeutung, wie überhaupt der Gegenwartswert jener 108 Jahre Alt-Pforzheimer Irrenpflege in der Entwicklung zur Menschlichkeit beschlossen liegt; es wurde das Fundament gegraben, auf welchem das Haus der Wissenschaft erstehen konnte. Von den bescheidenen Anfängen des Jahres 1718 bis zu den manchen unerfüllten Wünschen des Jahres 1826 hat der Fortschritt einen großen Raum überspannt; nun stellt sich die Theorie auf den Boden der Beobachtung und findet sich so mit der Praxis zu gemeinsamem Weg: Psychiatrie als denkende Wissenschaft und als fühlende Fürsorge.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Bericht über die 43. Versammlung der Südwestdeutschen Irrenärzte zu Karlsruhe am 22. und 23. November 1913.

Anwesend waren die Herren: *Altvater*-Herborn, *Aumüller*-Stephansfeld, *Barbo*-Pforzheim, *Becker*-Weilmünster, *Binswanger*-Kreuzlingen, *Böß*-Wiesloch, *Bundschuh*-Illenau, *Bunse*-Kennenberg, *Camerer*-Stuttgart, *Damköhler*-Klingenmünster, *Dannemann*-Goddelau, *Deutsch*-Ückermünde, *Dingel*-Saargemünd, *Dietz*-Gießen, *Ebers*-Baden-Baden, *Esser*-Saargemünd, *Fischer*-Pforzheim, *Max Fischer*-Wiesloch, *Frank*-Zürich, *M. Friedmann*-Mannheim, *Fuchs*-Emmendingen, *v. Gierke*-Karlsruhe, *Glatzel*-Göppingen, *Glitsch*-Herrenalb, *Göckel*-Wiesloch, *Haardt*-Emmendingen, *Hauptmann*-Freiburg, *Hauser*-Bruchsal, *Haymann*-Konstanz, Bellevue, *Hegar*-Wiesloch, *Hoche*-Freiburg, *Hoffer*-Wiesloch, *Hoffmann*-Emmendingen, *Hohenauer*-Illenau, *Horber*-Wiesloch, *Hummel*-Emmendingen, *Jäger*-Konstanz, *Jahnel*-Frankfurt, *Klarfeld*-München, *Katz*-Karlsruhe, *Kemmler*-Weinsberg, *R. Koch*-Frankfurt, *Kreuser*-Winnental, *Lang*-Gießen, *Hugo Levy*-Stuttgart, *Liebert*-Rufach, *Lilienstein*-Bad Nauheim, *W. Mayer*-Tübingen, *Mayer* früher Goddelau, *Meyer*-Heidelberg, *Morstatt*-Winnental, *Neumann*-Karlsruhe, *Ransohoff*-Stephansfeld, *Rasch*-Neckargemünd, *Reiß*-Tübingen, *Römer*-Hirsau, *Hans Roemer*-Illenau, *Rosental*-Heidelberg, *Schobelitz*-Zürich, *Scharpff*-Tübingen, *Schmidt*-Freiburg, *Schröppel*-Frankental, *R. Seeligmann*-Karlsruhe, *Spielmeyer*-München, *Staiger*-Hohenasperg, *Steiner*-Straßburg, *Stengele*-Karlsruhe, *Vix*-Darmstadt, *Wagner*-Alzey, *Wahlmann*-Eichberg, *Max Weil*-Stuttgart, *Weinland*-Zwiefalten, *Waegeler*-Frankfurt, *Wilser*-Heidelberg, *Wittermann*-Rufach, *Th. Zahn*-Stuttgart. 76 Teilnehmer. — Entschuldigt haben ihr Ausbleiben *Schüle*-Illenau, *Nissl*-Heidelberg, *Wollenberg*-Straßburg.

1. Sitzung am 22. November 1913, 3 Uhr.

Geschäftsführer waren *Barbo*-Pforzheim und *Neumann*-Karlsruhe. Als Geschäftsführer begrüßt Herr Dr. *Neumann* die Versammlung. Er eröffnet die Sitzung und gedenkt des 50 jährigen Dienstjubiläums, das

Geheimrat *Schüle*, der Nestor der badischen Psychiatrie, am 4. Juli d. J. gefeiert hat; die Versammlung hat durch die beiden Geschäftsführer ihre Glückwünsche aussprechen lassen.

Zum Vorsitzenden wird für den 1. Tag *Hoche*, für den 2. *Kreuser* gewählt, zu Schriftführern *Hauptmann*-Freiburg und *Roemer*-Illenau.

Hegar-Wiesloch: Statistische Untersuchungen über die kriminellen Geisteskranken in den Landesanstalten Badens (erscheint ausführlich in dieser Zeitschrift).

Bundschuh-Illenau: Die Methode des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens in der Psychiatrie.

Nach kurzer Auseinandersetzung der Entwicklung und der Grundlage der *Abderhalden*schen Lehre wurde die Methodik des Dialysierverfahrens und speziell ihre Besonderheiten und Schwierigkeiten bei der Anwendung auf das psychiatrische Gebiet dargelegt. In diesem Zusammenhange wurde unter eingehender Erläuterung der verschiedenen Fehlerquellen u. a. auf die Eichung und Behandlung der Hülsen, die Ninhydrinreaktion und die Darstellung der Organe hingewiesen. Diese ist bei diesen Untersuchungen viel komplizierter als bei der Graviditätsiagnostik, da für psychiatrische Zwecke gleichzeitig mehrere Organe in Betracht kommen und man auf Leichenorgane angewiesen ist. Zunächst wird man bedacht sein, die Sektion möglichst früh zu machen. Die Organe müssen absolut blutfrei sein. Das Gehirn wird 20 bis 24 Stunden entfettet, damit es ein brauchbares Substrat liefert. Nach diesseitigen Erfahrungen finden sich gelegentlich an sich einwandfrei, namentlich völlig blutfrei, präparierte Organe, die paradox, d. h. teils im Sinne, teils entgegen der Erwartung reagieren, offenbar infolge ihrer durch die zum Tode führenden Krankheitsprozesse veränderten Qualität. Dies ist namentlich der Fall, wenn eine lange Agone vorausging oder die Todesursache eine schwere Infektionskrankheit, namentlich Tuberkulose, war. Derartige Organe sind deshalb prinzipiell auszuschließen. Der morphologische Zustand des Organs ist offenbar überhaupt nicht gleichgültig. Es ist möglich, daß bei bestimmten Krankheiten normales Gewebe nicht abgebaut, während ein solches mit bestimmten homologen Veränderungen angegriffen wird. *Lampé* und *Papazoln* haben das differente Verhalten von normalen und von *Basedow*-Schilddrüsen gegenüber dem *Basedow*-Serum nachgewiesen. Und nach den Erfahrungen der Vortragenden erscheint es, als ob Serum von Dementia praecox-Kranken mit „Dementia praecox-Organen" zusammengebracht, stärker reagiert als mit normalen. Diese Frage bedarf aber noch der weitgehendsten Prüfung, ebenso diejenige, ob und wie weit die entsprechenden Tierorgane an Stelle der Menschenorgane verwendet werden können, was nach den diesseitigen allerdings noch nicht abgeschlossenen Untersuchungen möglich zu sein scheint. Jedenfalls ist es



durchaus erforderlich, daß in jedem Versuchsprotokoll jedes Substrat genau nach seiner Provenienz charakterisiert wird.

Besonders wichtig neben der Serumkontrolle ist die Kontrolle des Organs, die auf psychiatrischem Gebiete großen Schwierigkeiten begegnet, denn ein „Einstellen" ist bei der geringen Menge einzelner Organsubstrate praktisch nicht allgemein durchführbar. Die übliche Kontrolle, „Organ + Aqua dest." ist völlig unzulänglich, und auch die Kontrolle „Organ + inaktiviertes Serum" schützt nicht absolut gegen Fehlerquellen. Die Zuverlässigkeit dieser Kontrolle, die derjenigen mit „Organ + Aqua dest." bei weitem vorzuziehen ist, könnte durch Anwendung einer größeren Organmenge — also mehr als 0,5 — erhöht werden. Eine einigermaßen zuverlässige Kontrolle und Prüfung der Organe ist nur durch die Versuchsanordnung möglich. Da das Serum des Gesunden nie einen Abbau zeigt, soll in jedem Versuche ein solches geprüft werden oder auch das eines Kranken, bei dem eine negative Reaktion zu erwarten ist (Manisch-depressiver, Hysteriker, Psychopath). An Stelle des Menschenserums kann auch ein Tierserum treten. Ferner, da Geschlechtsspezifität feststeht, wird das männliche Serum mit Ovarium und das weibliche Serum mit Testikel zusammengebracht; außerdem sind nach Möglichkeit bei jedem Organe nebeneinander zwei Substrate verschiedener Provenienz zu verwenden. Ein auf diese Weise angeordnetes Versuchsprotokoll wurde demonstriert.

Roemer-Illenau: Über die bisherigen Ergebnisse des *Abderhalden*schen Dialysierverfahrens in der Psychiatrie.

Der Vortragende berichtet über seine gemeinsam mit *Bundschuh* ausgeführten Untersuchungen, die sich auf Gesunde, Psychopathen, Manisch-Depressive, Schizophrene und Paralytiker, und zwar speziell auf den Abbau von Hirnrinde, Schilddrüse und Geschlechtsdrüse beziehen; er vergleicht ihre Befunde mit den ersten grundlegenden Beobachtungen *Fausers* sowie den weiteren Ergebnissen von *Fischer*-Rostock, *Wegener*-Jena, *Neue*-Greifswald, *Kafka*-Hamburg und *Mayer*-Tübingen. Dabei kommt er im wesentlichen zu folgenden Resultaten:

1. Die 14 Sera gesunder Individuen ergaben mit den genannten drei Organsubstraten durchweg negative Reaktionen. Ebenso hatte *Fauser* und haben dann die übrigen genannten Untersucher bis auf *Neue* bei Gesunden niemals positive Reaktionen — namentlich nie mit Gehirn — gesehen. Auch *Lampé* und *Papazolu* fanden bei 30 Gesunden, die sie zwar nicht auf Aufbau von Gehirn, dagegen auf Dysfunktion zahlreicher anderer Organe untersucht hatten, durchweg negativen Ausfall. Das Serum von körperlich und geistig Gesunden besitzt demnach Abwehrfermente weder gegen Gehirn noch gegen andere Organe. Abweichende Befunde



sind auf Versuchsfehler oder latente funktionelle Störungen bei den Untersuchten zurückzuführen.

2. Die konstitutionellen Psychopathien. 6 Psychopathen (2 Debile, 2 Neurastheniker, 2 Hysteriker) reagierten negativ. Analoge Befunde hatte von Anfang an *Fauser*, dann *Kafka*, *Mayer* und zum Teil wenigstens *Neue* erhoben. Die erwähnten, allerdings noch wenig zahlreichen Fälle stimmen mit der ganz überwiegenden Mehrzahl der übrigen Beobachtungen überein: Das Blutserum der konstitutionellen Psychopathen ist demnach im allgemeinen frei von Abwehrfermenten.

3. Das manisch-depressive Irresein. 11 Fälle ließen Abbau von Rinde, Schilddrüse und Geschlechtsdrüse vermissen, und zwar im manischen Stadium ebenso wie im depressiven und im freien Intervall. Dieser Befund harmoniert mit den analogen Erfahrungen *Fausers*, *Fischers*, *Wegeners*, *Mayers* und meistens auch *Kafkas*. Bei Manisch-Depressiven läßt sich im allgemeinen ein Abbau des Gehirns, der Schilddrüse oder Geschlechtsdrüse nicht nachweisen.

4. Die Dementia praecox. 48 Schizophrene bauten 41 mal Hirnrinde, 17 mal Schilddrüse und 43 mal Geschlechtsdrüse ab. Abbau von Geschlechtsdrüse wurde demnach nur 5 mal vermißt. Männliche Schizophrene bauten nur Testikel und nicht Ovarium, weibliche nur Ovarium und nicht Testikel ab. Dieser Befund stimmt im allgemeinen mit der Entdeckung *Fausers* überein (ebenso mit den Ergebnissen *Wegeners*, *Fischers* und *Neues*, während *Mayer* beträchtlich häufiger Abbau von Schilddrüse und *Kafka* relativ wenig positive Reaktionen erhielt. Die ganz überwiegende Mehrzahl der Beobachtungen, mit denen die Erfahrungen der Vortragenden übereinstimmen, spricht für einen fast konstanten Abbau von Rinde und Geschlechtsdrüse und einen nicht allzu häufigen von Schilddrüse bei Dementia praecox. *Kafkas* Beobachtungen von dem gelegentlichen Abbau von Nebenniere konnten die Vortragenden bestätigen.

5. Die progressive Paralyse. Von 13 Paralytikern reagierten sämtliche mit Rinde positiv, sämtliche mit Schilddrüse negativ und sämtliche bis auf einen mit Testikel negativ. Dieses Resultat entspricht dem *Fausers*, *Fischers* und *Wegeners*; bezüglich der fast konstanten positiven Reaktion mit Hirnrinde auch dem *Neues*, *Kafkas* und *Mayers*, die im übrigen mit Schilddrüse und Testikel häufiger positive Reaktionen erhielten, vor allem *Mayer* fast regelmäßig mit Leber. Die mitgeteilten Beobachtungen sprechen also im Verein mit denen anderer Autoren für die überwiegende Häufigkeit des Reaktionstypus: mit Rinde positiv, mit Schilddrüse und Geschlechtsdrüse negativ. Die abweichenden Befunde einer zweiten Gruppe von Untersuchern bedürfen noch einer weiteren Klärung.

Der zentrifugierte Liquor cerebrospinalis wurde bei sieben Paralytikern frei von Abwehrfermenten gegen Hirnrinde befunden, selbst bei Liquormengen bis zu 3 ccm. Dieser negative Befund deckt sich mit dem der anderen Beobachter.

Die erwähnten Differenzen der Ergebnisse erklären sich hinreichend mit der schwierigen, an Fehlerquellen reichen Technik, mit der Komplikation der Versuchsanordnung durch die gleichzeitige Untersuchung mit verschiedenen Organen und den offenbar beträchtlichen Schwankungen des Fermentgehaltes des Blutes. Zudem kann im Hinblick auf die Entwicklung der klinischen Psychiatrie unmöglich erwartet werden, daß die klinischen Krankheitseinheiten von heute ohne weiteres mit serologischen Reaktionstypen zusammenfallen werden. Trotzdem kann man in der Menge des Unsicheren die erwähnten Andeutungen gewisser Regelmäßigkeiten erblicken — wenn auch in ganz vorläufiger Weise.

Über die pathogenetische Bewertung solcher angedeuteter Gesetzmäßigkeiten läßt sich bis jetzt nur etwa folgendes vermuten.

1. Was zunächst den Abbau von Gehirn anlangt, so wird ein solcher bei den konstitutionellen Psychopathien und dem manisch-depressiven Irresein stets vermißt, während eine Dysfunktion der Hirnrinde bei der Paralyse fast immer, bei der Dementia praecox, den thyreogenen Psychosen und gewissen anderen psychotischen Zuständen ziemlich regelmäßig nachweisbar ist.

Daß bei den konstitutionellen Abweichungen von der psycho-physiologischen Durchschnittsnorm und den reaktiven Psychosen der Psychopathen das Serum sich verhält wie bei Gesunden, erscheint nicht weiter auffallend, dagegen bedarf der negative serologische Befund bei den Anfällen des manisch-depressiven Irreseins noch umfangreicher Nachprüfungen, auch mit Methoden, die noch weiter verfeinert und ferner zum Nachweis von andern als proteolytischen Fermenten geeignet sind.

Daß andererseits bei der progressiven Paralyse (wie bei der Epilepsie) der Stoffwechsel des Gehirns gestört ist, wissen wir auch aus andersartigen Untersuchungen. Neu dagegen ist der serologische Nachweis einer Dysfunktion des Gehirns, vor allem bei den thyreogenen Psychosen und der Dementia praecox. Hierdurch ist für die Theorie, es liege dem Kreis von Psychosen, den *Kraepelin* unter klinischen, *Bleuler* unter psychologischen Gesichtspunkten zu charakterisieren versucht hat, im wesentlichen eine Stoffwechselstörung des Gehirns zugrunde, der exakte Beweis geliefert.

Der Abbau der Hirnrinde erlangt also, wie es scheint, den Wert eines unterscheidenden Merkmals der durch anatomische und chemische Hirnprozesse bedingten Psychosen gegenüber der Gruppe der konstitutionell-psychopathischen Zustände einschließlich des manisch-depressiven Irreseins. Wenn einmal genügend zahlreiche Erfahrungen — namentlich auch über die Schwankungen der Fermentbildung — gesammelt



sind, wird es im einzelnen Fall einer beginnenden Psychose vielleicht möglich sein, mit Hilfe der Seroreaktion auf Dysfunktion der Hirnrinde den nur psychologisch maskierten Anfang eines „Hirnprozesses" von einem vielleicht schizophren aussehenden Zustand konstitutionell-psychopathischer Natur diagnostisch zu unterscheiden. Für die psychiatrische Bewertung des Rindenabbaues sind u. a. noch serologische Untersuchungen von Nerven- und Hirnkranken, die geistig gesund sind, dringend erforderlich.

2. Bei gewissen Gruppen von Geisteskrankheiten mit Abbau von Hirnrinde läßt sich außerdem eine gleichzeitige Dysfunktion anderer Organe nachweisen: bei der Paralyse, wie es scheint, gelegentlich von Schilddrüse, Testikel, Leber und Niere, bei der Dementia praecox ziemlich regelmäßig von Geschlechtsdrüse, öfters von Schilddrüse, mitunter von Nebenniere, bei den thyreogenen Psychosen stets von Schilddrüse.

Diese gleichzeitige Dysfunktion kann zunächst rein zufällig sein, so wird z. B., wenn sich bei einem Geisteskranken eine chronische Nephritis entwickelt, das serologische Bild durch den Abbau von Niere kompliziert. Zur Ausscheidung derartiger Komplikationen ist eine Erweiterung der bisher nur spärlich vorliegenden Erfahrungen über das serologische Bild interner Krankheiten unbedingt erforderlich.

Erweist sich dagegen eine mit dem Abbau von Hirnrinde gleichzeitige Dysfunktion eines oder mehrerer Organe als annähernd konstant, so spricht dies für einen gesetzmäßigen Zusammenhang; dieser kann dreifacher Art sein, je nachdem der primäre Faktor in der Dysfunktion des Gehirns oder in der Dysfunktion des gleichzeitig abbauenden Organes oder aber in einer gemeinsamen Ursache für beide Funktionsstörungen zu suchen ist.

Dieser letzte Modus könnte für die Paralyse in Betracht kommen, bei der die Lues, d. h. die Spirochäten den Zellstoffwechsel gleichzeitig im Gehirn und den sonstigen dysfunktionierenden Organen alterieren können.

Eine primäre Schilddrüsendysfunktion muß bei den thyreogenen Psychosen im Hinblick auf die Entwicklung des klinischen Bildes angenommen werden.

Ein zwingender Beweis für die Existenz eines solchen Kausalnexus bei der Dementia praecox ist bis jetzt noch nicht erbracht, wenn auch die Annahme einer primären Funktionsstörung des innersekretorischen Apparates heute ziemlich plausibel erscheint. Jedenfalls steht die Pathologie der Dementia praecox in einem engen, wenn auch noch nicht näher geklärten Zusammenhang mit Störungen der inneren Sekretion und wird die Vagotonieforschung, gerade auch im Hinblick auf die Dysfunktion der Nebenniere, in dieser Richtung von neuem aktuell.

Die Frage, ob bei der Dementia praecox Fälle mit ausschließlicher Dysfunktion der Geschlechtsdrüse von solchen mit ausschließlicher Dys-



funktion der Schilddrüse abzutrennen sind, kann wegen der großen Schwankungen des Fermentgehaltes des Blutes erst entschieden werden, wenn eine größere Anzahl von Fällen längere Zeit hindurch serologisch verfolgt worden ist.

Mit dem Dialysierverfahren ließ sich somit bis jetzt eine Dysfunktion des Gehirns für eine Reihe von Geisteskrankheiten exakt nachweisen, bei denen Störungen des Gehirnstoffwechsels teils bisher schon bekannt waren (Paralyse, gewisse epileptische u. a. Zustände), teils mit größerer oder geringerer Wahrscheinlichkeit bisher nur vermutet wurden (thyreogene Psychosen und Dementia praecox). Außerdem eröffnet der Nachweis einer mit dem Abbau der Hirnrinde gleichzeitigen Dysfunktion anderer Organe einen neuen Einblick in gewisse somatische Störungen, die teils jetzt schon als die Grundlage bestimmter Psychosen anzusehen sind (wie bei den thyreogenen Psychosen), teils mit bestimmten Psychosen in einer noch nicht genügend geklärten gesetzmäßigen Verbindung stehen (wie bei der Dementia praecox).

Nach den neuen Befunden ist das Gros der bisher zur Dementia praecox gerechneten Fälle anstatt zu den „funktionellen" Psychosen künftig zu der Gruppe der Psychosen mit Störung des Gehirnstoffwechsels zu rechnen; zugleich ist ihr enger Zusammenhang mit Funktionsstörungen des innersekretorischen Apparates dargetan.

Was schließlich die praktische Verwertbarkeit der neuen Resultate anlangt, so bedarf es selbstverständlich weiterer umfangreicher und fortgesetzter klinisch-serologischer Parallelbeobachtungen, bevor an eine systematische Verwertung der Sero-Reaktion für die praktische Diagnostik gedacht werden kann. Ehe dieser Schritt aus dem Stadium der rein wissenschaftlichen Forschung in das der praktischen Verwertbarkeit getan werden kann, ist natürlich auch die Verwendung der neuen Methode für forens-psychiatrische Zwecke nicht diskussionsfähig.

Mehrfach wurden aus den vorliegenden Resultaten Folgerungen für therapeutische Versuche gezogen. Wenn auch der pathogenetische Mechanismus bei der Dementia praecox noch keineswegs geklärt ist und wir deshalb über strenge Indikationen noch nicht verfügen, so erscheinen nach der Ansicht der Vortragenden zwar nicht radikale, aber vorsichtig tastende Behandlungsversuche bei der Aussichtslosigkeit des Krankheitsprozesses doch berechtigt, ja angezeigt, um so mehr, als die neue Methodik eine genaue Kontrolle der therapeutischen Maßnahmen ermöglicht. Wie von anderer Seite schon ausgeführt, kommt eine Substitution der dysfunktionierenden Organe, etwa durch Organpräparate und später auch durch Organimplantation in Betracht, wobei man durch eine vorausgeschickte oder gleichzeitige Nukleinsäurebehandlung die Bildung von Abwehrfermenten anregen bzw. steigern kann.



Bei einigen thyreogenen Psychosen hat *Fauser* die partielle Ausheidung der Schilddrüse versucht. Dem Gedanken einer Kastration oder :erilisation von Schizophrenen zum Zweck der Behandlung kann man st näher treten, wenn entschieden ist, ob die Dysfunktion der Geschlechtsüsen von deren generativem oder, was wahrscheinlicher ist, von deren nersekretorischem Teil ausgeht.

Wilhelm Mayer: Über Psychosen bei Störung der ıneren Sekretion.

Vortragender geht eingangs auf die verschiedenen Formen psychiher Störung bei den verschiedensten Erkrankungen der Blutdrüsen ein nd weist darauf hin, daß prinzipiell kein Unterschied mit den von *Bonöffer* beschriebenen andern exogenen Schädigungen besteht, daß aber die ymptomatologie der Störungen der inneren Sekretion mehr Bilder aufeist, die wir sonst den endogenen Krankheitsbildern zurechnen. Er espricht dann ausführlich 2 Fälle von schwerer psychischer Erkrankung ls Folge sicherer Störung der Blutdrüsenfunktion: erstlich einen Fall, ler unter dem Bilde einer Katatonie verlief, die allerdings viel manische Zustandsbilder enthielt; es waren dabei deutliche Zeichen einer pluriglandulären Erkrankung vorhanden (sicher erkrankt waren Thyreoidea und Ovarien). Mit der psychischen Besserung und Gesundung verschwanden auch die körperlichen Symptome. Er bespricht dann einen Fall von schwerster *Basedow*-Psychose, wobei die eine Schädigung (die Vergiftung mit Schilddrüsenprodukten) eine ganze Menge der verschiedenartigsten Zustandsbilder hervorrief, die Ähnlichkeit hatten mit den von *Bonhöffer* beschriebenen Prädilektionstypen; er weist darauf hin, daß nach Abklingen der akuten Symptome ein Zustandsbild depressiven Charakters von rein endogener Färbung zurückblieb. Vortragender weist zum Schlusse unter Hinweis auf eine Reihe von Erfahrungen auf die große Ähnlichkeit des ersten Falles mit einer echten Katatonie hin und bespricht unter Hinweis auf die Resultate der *Abderhalden*schen Methode die Möglichkeit der Entstehung dieser Erkrankung auf autointoxikatorischem Wege — er lenkt die Aufmerksamkeit auf die große Ähnlichkeit, die die letzten Stadien des zweiten Falles und eine Reihe von andern Erkrankungen der Schilddrüse und der Ovarien mit dem manisch-depressiven Irresein, besonders mit der depressiven Phase, haben, und er erinnert an die Möglichkeit der Entstehung dieses Krankheitsbildes durch Hypo- oder Hyperfunktion der Drüsenkette, in deren Mittelpunkte die Schilddrüse steht; er erinnert schließlich daran, daß die Dementia praecox vielleicht auf einer mehr akuten Dysfunktion der Blutdrüsen, in deren Mittelpunkte die Geschlechtsdrüsen stünden, beruhen könnte, und weist auf das noch ganz hypothetische, aber schließlich doch heuristisch wertvolle dieser Vermutung hin. (Ausführliche Veröffentlichung in der Ztschr. für die ges. Neur. u. Psych.)



D i s k u s s i o n. — *Hugo Levi*-Stuttgart berichtet auf Veranlassung seines früheren Chefs, Sanitätsrat *Fauser*, über weitere Ergebnisse der Forschungen *Fausers* unter besonderer Hervorhebung eines Falles, in welchem nach 8 jährigem ständigen Aufenthalt in der Irrenanstalt die auf Grund der serologischen Untersuchung ausgeführte Strumektomie Heilung brachte. Er weist noch auf die Hypothese *Fausers* von der Korrelation der Drüsen der inneren Sekretion hin und spricht auf Grund eines Falles von Schwangerschaftspsychose den Gedanken aus, daß künftig vielleicht die *Abderhalden*sche Methode eine wissenschaftliche Begründung geben wird für Unterbrechung der Schwangerschaft in Fällen von Depression, wie sie *Friedmann*-Mannheim vor einigen Jahren beschrieben hat, und wo *Friedmann* im Gegensatze zu den Diskussionsrednern die Einleitung der Fehlgeburt für berechtigt hielt. Die Ergebnisse der Arbeiten von *Fauser* werden in extenso in der Münchn. med. Wschr. erscheinen.

Kreuser: Gewiß gehören die mit dem *Abderhalden*schen Dialysierverfahren gewonnenen Befunde zu den interessantesten und wohl auch aussichtsreichsten Ergebnissen wissenschaftlicher Forschung auf unserem Gebiete. Unser aller Aufgabe wird sein, sie in nächster Zeit weiter zu verfolgen an möglichst großem Material; nicht nur an diagnostisch einwandfreien, sondern vor allem auch an zweifelhaften und unklaren Fällen und durch die verschiedenen Verlaufstadien der Krankheiten hindurch. Aber erst, wenn hierüber gesicherte Erfahrungen vorliegen, dürfen wir auch an die praktische Verwertung der Befunde herantreten. Für operative Eingriffe müssen den Chirurgen ganz bestimmte Indikationen gestellt werden können. Der Irrenarzt ist verantwortlich dafür, was mit der dysfunktionierenden Drüse zu geschehen hat, wenn nicht in bedenklicher Weise am Menschen experimentiert werden soll. Mag der von Dr. *Levi* erwähnte Fall noch so verlockend sich ausnehmen, zur Nachahmung darf er noch nicht auffordern; dasselbe gilt, wie Herr *Römer* mit Recht sagt, von der forensischen Verwertung. Ein serologischer Befund an einem Untersuchungsgefangenen sagt uns nichts über die Beschaffenheit seines Serums zur Zeit der Tat und noch weniger über seine Geistesbeschaffenheit dabei. Die gesetzlichen Bestimmungen über Geisteskranke sind aufgebaut auf psychopathologischen Tatsachen. Über deren nähere Beziehungen zu den serologischen Befunden können wir jetzt noch gar keine ausreichenden Kenntnisse haben.

Rosental-Heidelberg berichtet über die Ergebnisse der Untersuchungen nach *Abderhalden-Fauser* aus der Psychiatrischen Klinik in Heidelberg, welche in Gemeinschaft mit Dr. *Hilffert* ausgeführt wurden. Nach ziemlich langdauernder Phase der Mißerfolge, welche auf verschiedenen Fehlern in der Methodik beruhten, verfügen jetzt *R.* und *H.* über eine Anzahl von Befunden, welche als einwandfrei bezeichnet werden dürfen.

In wesentlichen Punkten stimmen die Resultate mit denen von *user* und *Römer* mitgeteilten überein; es wird an dieser Stelle nur über ige in klinischer Hinsicht interessante Befunde berichtet.

Was die Frage der serologischen Differentialdiagnose zwischen dem anisch-depressiven Irresein und der Dementia praecox anbetrifft, so ist r Abbau der Geschlechtsdrüsen bei Verstimmungen im Rückbildungsalter r mit Vorsicht zu verwerten. Von *Abderhalden* und seinem Schüler *mpé* wurde schon darauf hingewiesen, daß bei Basedow außer der truma auch die Ovarien abgebaut werden, angeblich sekundär. Nun ndet man im Klimakterium häufig thyreotoxische Symptome. Bei einer rau mit einer klimakterischen Depression, bei der Dementia praecox auszuchließen war, aber einige Basedowsymptome vorhanden waren, fand sich nur n geringfügiger Abbau von Struma, dagegen ein sehr starker von Ovarien.

Ähnliche Fragestellungen ergeben sich bei der Depression im Rückildungsalter beim Manne.

Weiter sind wohl erwähnenswert 2 Fälle von zirkulären Psychosen, welche unter schizophrenen Symptomen verlaufen und immer schon die Frage aufwerfen ließen, ob es sich nicht um Katatonie mit zirkulärem Verlauf handelt; in einem Falle fand sich nur leichter Abbau an der Schilddrüse, der andere Fall ist völlig negativ gewesen.

Ebenfalls negative Befunde wurden erhoben erstens bei einem 18 jährigen Imbezillen, bei welchem Verdacht einer Hebephrenie sich aufdrängte, weil seine intellektuelle Minderwertigkeit erst zum Schluß der Mittelschulbildung auffallend wurde. Zweitens war die Serumuntersuchung negativ bei einem jetzt 31 jährigen Patienten, der mit 21 Jahren einen stuporösen Zustand in der Klinik zeigte und als ungeheilte Katatonie entlassen wurde, aber sich rasch erholte und kürzlich einen heftigen motorischen Erregungszustand durchmachte. — In diesem Falle wird jetzt vor allem aus klinischen Gründen die Möglichkeit einer Imbezillität mit hysterisch-reaktiver Psychose in Erwägung gezogen.

Rosenfeld-Straßburg frägt, ob bei der Dementia praecox zwischen dem serologischen Befund und klinischen Bilde bzw. Alter Beziehungen nachgewiesen und ob der epileptische Anfall vom hysterischen auf serologischem Wege unterschieden werden kann.

Homburger-Heidelberg möchte nachdrücklichst davor warnen, den Ausfall der *Abderhalden*schen Reaktion zum entscheidenden Kriterium in forensischen Fällen zu machen. Aus naturwissenschaftlichen Methoden erwachsene „Tatsachen" sind sehr geeignet, besonders von nicht medizinischer Seite, um ihrer Sinnfälligkeit willen in ihrer Bedeutung gegenüber der psychopathologischen Untersuchung überschätzt zu werden. Läßt sich aber der psychiatrische Gutachter selbst zu dieser Überschätzung verleiten, so entsteht die größte Gefahr, daß er sich in seinen Kriterien nicht mehr zurecht findet und sich durch praktische Rücksichten bestimmen läßt, Schwierigkeiten der Beurteilung zu verkennen oder zu ignorieren.

oder

Hauptmann-Freiburg: Die Ansicht, daß die Dysfunktion eines Organes die eines anderen herbeiführe, wird durch einen Fall, den *H.* bei *Abderhalden* erfuhr, nicht gestützt: ein Katatoniker, der jetzt gegen Hirnrinde gerichtete Fermente im Blute bot, hatte schon vor Jahren in einem Verwirrtheitszustande seine Hoden abgeschnitten. Gegen Hoden gerichtete Fermente waren selbstverständlich jetzt nicht im Blute nachzuweisen. Es handelte sich also um ein primäres Hineingelangen von Hirnrindeneiweiß in die Blutbahn. — *Rosenfelds* Anfrage beantwortet er dahin, daß *Binswanger* nach epileptischen Anfällen gegen Hirnrinde gerichtete Fermente nachweisen konnte, nach hysterischen Anfällen dagegen nicht.

Römer (Schlußwort): Die untersuchten 48 Fälle von Dementia praecox splittern sich bei der Differenzierung nach Alter, klinischem Bild und Verlauf so weitgehend auf, daß das Material zur Entscheidung dieser Fragen vorerst noch zu klein ist. Interessant ist, daß ganz alte Endzustände tiefster Verblödung noch Dysfunktion der Geschlechtsdrüsen zeigen.

Kreuser: Über Sonderlinge und ihre psychiatrische Beurteilung.

In seinen „Psychischen Grenzzuständen" nimmt *Pelman* an, daß Sonderlinge neuerdings seltener werden oder wenigstens ihre Eigenheiten mehr für sich zu behalten suchen. Wunderliche Blüten einseitiger Bestrebungen auf verschiedenen Gebieten des modernen Lebens weisen aber darauf hin, daß nur Inhalt und Richtung der Eigentümlichkeiten sich verschoben haben, diese weder geschwunden sind noch auch in der Verborgenheit bleiben wollen. Verloren haben die Auffälligkeiten im Verhalten einzelner Personen offenbar an Originalität, mehr als früher folgen sie der Mode, um diese auf eine Spitze zu treiben, in der ein eigentlicher Zweck kaum mehr zu erkennen ist. Nicht nur in der Art, sich zu kleiden, auch auf den Gebieten der Kunst, des Sports, religiöser Anschauungen und besonders einer „natürlichen" Lebensweise und Heilkunde tritt dies so zutage, daß ein pathologischer Beigeschmack nur selten fehlt. — Nicht immer ist es leicht, zu bestimmter Krankheitsdiagnose zu gelangen, und gar manchmal stößt man damit auf Widerspruch auch bei Dritten. Absonderlichkeiten finden sich zweifellos auch bei Nicht-Geisteskranken, bisweilen sogar bei genialen Naturen; namentlich aber auf dem Boden der psychopathischen Entartung. Häufiger jedenfalls sind sie Teilerscheinungen von Krankheitszuständen; sie stellen keine klinische Einheit dar, sondern finden sich bei den verschiedensten Krankheitsformen und in verschiedenen Verlaufstadien. So lange ein namhafter geistiger Verfall nicht eingetreten ist, können sie das Krankheitsbild so beherrschen, daß bei ihrer Beurteilung leicht Mißdeutungen unterlaufen. Einige Beispiele dafür werden in der Kürze, ein Fall von zirkulärer Geistesstörung, bei dem ein langdauerndes hypomanisches Stadium mit paranoiden Zügen zu mehrfacher Verkennung Anlaß gegeben hat, etwas ausführlicher angeführt.

Anstaltsärzte bekommen solche Fälle meist nur zu Gesicht, wenn aus rechtlichen oder polizeilichen Gründen eine Begutachtung verlangt wird. Zur richtigen Diagnose gelangt man in der Regel besser, wenn man es vermeidet, die Eigenart der Person zum Ausgangspunkt in der Untersuchung zu nehmen, vielmehr von der ursprünglichen Veranlagung und Entwicklung aus ihr Werden auch in etwaigen Auswüchsen zu ergründen sucht. — Sonderlinge stellen so der Persönlichkeitsforschung interessante Aufgaben. Sollten sie in der Tat seltener werden, so wäre dies nicht allzusehr zu bedauern. Die Bedeutung hervorragender Persönlichkeiten büßt nichts ein, wenn unter den allgemein erzieherischen Einflüssen der Kultur wertlose Nebenerscheinungen in Wegfall kommen. Wo aber unfruchtbare Eigentümlichkeiten zur Vorherrschaft gelangen, kann es nur förderlich sein, wenn ihre krankhafte Natur richtig erkannt und angemessener Behandlung entgegengeführt wird.

Wilser-Heidelberg: Neues über die Tierseele.

Anknüpfend an den durch die Elberfelder Pferde hervorgerufenen Streit um die Tierseele berichtet der Vortragende auf Grund eigener Beobachtungen und an der Hand verschiedener, zum Teil amtlich beglaubigter Protokolle über einen noch nicht dreijährigen Hund (Ayrdale-Terrier), der einer ihm befreundeten Familie in Mannheim gehört und alles von den Pferden Berichtete in Schatten stellt. Es ist nach den mitgeteilten Erfahrungen keine Übertreibung, zu behaupten: das wunderbare Tier hat ein ausgezeichnetes Gedächtnis und eine treffliche Beobachtungsgabe, es versteht die menschliche Sprache und verfügt über einen umfangreichen Wortschatz, darunter auch abgeleitete Begriffe, es kann rechnen, lesen und in gewissem Sinne, wenn man sein Buchstabenklopfen dafür gelten läßt, auch schreiben, es unterscheidet Farben, Zahlen und Zeichen, es kennt die Zeit und das Geld, es antwortet nicht mehr bloß auf Fragen, sondern gibt auch seine Gedanken und Gefühle selbständig kund. Mit letzterem Worte soll gesagt sein, daß der Hund auch Seelenregungen und Stimmungen, wie Freude, Angst, Mitleid, Mißmut, die man sonst nur beim Menschen vorauszusetzen pflegt, zum Ausdruck bringt. Zuerst und ganz zufällig wurde seine rechnerische Begabung entdeckt, als er in einer Lernstunde der Kinder des Hauses, wobei er meist zugegen war, eine ausbleibende Antwort richtig durch vier Pfotenschläge angab. Sogleich zeigte sich, daß er auch schwierigere Aufgaben zu lösen, sogar Wurzeln zu ziehen verstand. Seine Herrin, eine sehr tierfreundliche Dame, der er wegen wiederholter Pflege in Krankheiten mit rührender Anhänglichkeit ergeben ist und die er nur „mudr“ nennt, hat ihn daraufhin nicht eigentlich planmäßig unterrichtet, sondern sich andauernd liebevoll mit ihm beschäftigt, seine Aufmerksamkeit geweckt und auf alles Mögliche hingelenkt. Nur einige Züge seien zur Erläuterung des Gesagten angeführt. Die erste selbständige Gedankenäußerung erfolgte in der Sommerfrische, als nachts im



nahen Walde ein Käuzchen schrie; Rolf — so heißt der Hund, mit Kosenamen Lol — weckte seine Herrin und klopfte ihr auf den Arm: „fogl hern". Daß er die einzelnen Wörter lautmäßig (phonetisch), und zwar nach der Mannheimer Mundart, nicht nach der in der Schule gelehrten Rechtschreibung wiedergibt, spricht nur für die Selbständigkeit seines Denkens. Das erste Wort, das er „schrieb" (für jeden Buchstaben hat er eine bestimmte, niemals verwechselte Anzahl von Pfotenschlägen), war „krla", d. h. Kerla, der Name des jüngsten Töchterchens. Selbstlauter wie a und e, die schon im Buchstabennamen enthalten sind, läßt er als überflüssig meist aus und verschmäht auch die Zeichen für die Doppellaute x und z, sowie für die schon einmal vorhandenen q und v, darin eigentlich vernünftiger als wir. Als Beweis für sein „Gemüt" möge dienen: Als er seine Herrin wegen der Abreise eines Kindes in Tränen sah, klopfte er „mudr nid weinn Lolw". An einem Sonntage wollte er nicht „arbeiten" und antwortete auf die Frage, woher er denn wisse, daß Sonntag sei, „klndr rodd sal", gab auch richtig an, daß zwischen zwei roten Zahlen immer sechs schwarze stehen. (Vgl. auch diese Ztschr., Bd. 70, S. 474.)

Eine solche Begabung, wie sie aus den erwähnten, leicht ums Vielfache zu vermehrenden Beispielen hervorgeht, ist zweifellos eine ganz außergewöhnliche, in dieser Weise vielleicht niemals wiederkehrende. Daß aber die geistigen Fähigkeiten der Tiere im allgemeinen etwas zu niedrig eingeschätzt werden, zeigen nicht nur die Elberfelder Pferde und die verschiedenartigen zur Schau gestellten Tiere, die oft erstaunliche Proben von „Dressur" ablegen, sondern auch zwei andere Zöglinge der Mannheimer Dame, eine junge Hündin namens Jela und das dreivierteljährige Kätzchen Daisy. Beide lösen, wenn sie bei guter Laune und nicht zu zerstreut sind, schon nach kurzem Unterricht leichte Rechenaufgaben. Dabei sei noch ein hübscher und bezeichnender Zug eingeflochten: Jela, die sich übrigens zum sprechenden Hund ausbildet und schon ganz deutlich „Mama" sagt, konnte anfänglich nicht über zehn hinaus rechnen und demgemäß die Aufgabe $9 + 2$ nicht beantworten; da sprang ihr, in des Wortes doppelter Bedeutung, Rolf bei und gab ihr 11 Schläge auf den Rücken. Die Hündin ist von derselben echten Rasse wie Rolf, und wenn, wozu Aussicht vorhanden, dieser Hund fruchtbar sein sollte, würden sich wichtige Vererbungsfragen ergeben. Wird, wie wir es im Menschenleben so oft beobachten, die hervorragende Befähigung des Vaters gleich einer kurzleuchtenden Sternschnuppe wieder verschwinden oder sich, wenigstens teilweise, auf die Nachkommen übertragen?

Zweierlei Schußfolgerungen lassen sich aus den mitgeteilten Tatsachen ziehen, eine rein wissenschaftliche, entwicklungsgeschichtliche, daß nämlich die Kluft zwischen der menschlichen und der tierischen Seele, wenn wir in diesem Begriff alle geistigen Fähigkeiten zusammenfassen, lange nicht so groß ist, als man sich früher vorstellte, und dann eine mehr fürs tägliche Leben in Betracht kommende, daß wir einerseits, da offenbar



auch die höheren Tiere den Schmerz nicht bloß körperlich empfinden, die Bestrebungen des Tierschutzes möglichst zu unterstützen und anderseits die Fähigkeiten des Hundes, des ältesten, seit mindestens 15 000 Jahren in Gesellschaft des Menschen lebenden Haustieres, vielleicht noch mehr als bisher nutzbar zu machen suchen.

Diskussion. — *L. Mann*-Mannheim, der den Hund selbst einmal gesehen und beobachtet hat, frägt den Vortragenden, ob ihm bekannt sei, daß der Hund auch in Abwesenheit seiner Besitzerin gearbeitet hat. Dem Anfragenden war eine weitere Beobachtung des Hundes offenbar infolge mangelnden „Rapports" zwischen ihm und der Besitzerin nicht möglich.

Sommer betrachtet im Anschluß an den Vortrag die allgemeine Lage der Tierpsychologie. Bei der Untersuchung der Frage des „klugen Hans" hat *Pfungst* eine entsprechend modifizierte Methode *Sommers* verwendet, durch welche die unwillkürlichen Ausdrucksbewegungen der Experimentatoren graphisch registriert wurden, auf welche das Tier reagiert. Im Anschluß an die Ausführungen von *Pfungst* besprach *Krall* bei dem Druck seines Buches diese Fragen mit *Sommer*, der ihm riet, bei den Versuchen jede Vermittlung durch Signale oder unwillkürliche Bewegungen auszuschließen. Dies läßt sich jedoch nur in einem methodisch eingerichteten tierpsychologischen Laboratorium unter streng wissenschaftlicher Leitung durchführen. Es frägt sich, wo sich derartige Einrichtungen am besten treffen lassen. Anfänge liegen an einer Anzahl von psychologischen Instituten vor, z. B. in Cambridge, Göttingen, besonders auch an mehreren Universitäten Amerikas. Aber es sind nur unvollständige Versuche, die systematisch ergänzt werden müssen. Auch die psychiatrischen Kliniken können sich nur nebenbei mit diesen Dingen beschäftigen. Am besten wäre es, wenn an einer Universität eine besondere Dozentur für diesen Teil der Psychologie eingerichtet würde, wobei zweckmäßigerweise das Institut einem zoologischen Garten angegliedert werden müßte. *Sommer* regt an, daß, falls die Universität Frankfurt demnächst eingerichtet wird, dort in Verbindung mit dem vorhandenen zoologischen Garten ein solches tierpsychologisches Institut unter Leitung eines besonderen Dozenten geschaffen wird.

Hellpach vermißt in den Mitteilungen des Vortragenden wie in allem bisher bekannt gewordenen die bescheidenste Garantie für die Möglichkeit einer wissenschaftlich einwandfreien Prüfung der angeblichen Fähigkeiten des Hundes. Vor allem müßte das Tier in Abwesenheit seiner Herrin, und müßte deren Geisteszustand einwandfrei untersucht werden können.

Hoche: Über den Begriff der Hysterie.
(Nach Mitteilung des Vortragenden für ein kurzes Referat ungeeignet.)

Diskussion. — *Hellpach*-Karlsruhe: Als Hauptmitschuldiger an dem Begriffsgebilde der reaktiven Abnormität könnte ich mich ja nur freuen, wenn man so wichtige Zustände wie die Hysterie unter diesem Gesichtspunkte betrachtet. Dennoch scheint es mir bei dem Streit, ob Reaktion oder „Krankheit", gutenteils um Worte zu gehen. Auch in der Physiopathologie sind die meisten sog. konstitutionellen Krankheitszustände abnorme Reaktionen, trotzdem denkt niemand daran, sie als nosologische Entitäten fallen zu lassen. Den Wert des gegenwärtigen Streites um das „Wesen" der Hysterie will ich damit bezüglich seiner Anregungskraft nicht verkennen.

Homburger weist auf die völlige Übereinstimmung hin, welche zwischen dem von der Heidelberger Klinik seit Jahren vertretenen und dem von *Hoche* soeben vorgetragenen Standpunkte besteht. *Wilmanns* trat bereits in seinem 1907 erstatteten Referat über Gefängnispsychosen dafür ein, daß gegenüber den „hysterischen" Symptomen und der Anlageform des „hysterischen Charakters" die Bezeichnung Hysterie als Krankheit jener Gruppe von Fällen vorbehalten bleibe, in denen der hysterische Charakter mit hysterischen Symptomen vereinigt ist. Die hysterischen Symptome und Symptomverkuppelungen im Sinne *Hoche*s sind ihrerseits in solchem Umfange Bestandteil der verschiedenartigsten Krankheitsbilder, daß ihnen eine wesensbestimmende Bedeutung nicht zuerkannt werden kann.

Lilienstein-Bad Nauheim: Zur Frage der Aufteilung des Hysteriebegriffs (und der verwandten Sammelbegriffe der Hypochondrie und Neurasthenie) habe ich in letzter Zeit einen kleinen Beitrag geliefert: Ich habe mich speziell mit den bei Herzkranken auftretenden Psychoneurosen beschäftigt (s. Arch. f. Psych. u. Nerv., Bd. 52, H. 3) und fand, daß diese letzteren, die hysterischen, neurasthenischen und hypochondrischen Symptome, meist parallel mit den übrigen Herzkompensationsstörungen verlaufen. Patienten, die vor dem Auftreten ihrer Herzerkrankung (bzw. vor der Kompensationsstörung) absolut gesund waren, die auch nach dem Verschwinden der Dekompensation keinerlei nervöse Symptome mehr boten, litten an deutlichen hysterischen, depressiven und andern Symptomen gesteigerter Reizbarkeit („Kardiothymie") nur so lange, als Stauungserscheinungen auch in anderen Organen auftraten. Ich nehme deshalb an, daß die funktionellen Störungen der Hirntätigkeit in solchen Fällen auf heilbare anatomische Läsionen im Gehirn (Stauungserscheinungen oder Autointoxikation, ähnlich wie bei Urämie oder Hyperthyreoidie) zurückzuführen sind. Ich halte es für ein Unrecht, derartige Kranke mit der Diagnose Hysterie zu stigmatisieren, zumal bei ihnen eine endogene abnorme Reaktionsfähigkeit absolut nicht anzunehmen ist.

Überhaupt finden sich endogen Hysterische — i. e. die vom Vortragenden erwähnte kleine Gruppe echter Hysterie — in der Praxis sehr selten. Das wird jeder in der Praxis stehende Arzt bestätigen. Wenigstens



e ich in den letzten Jahren — bei sorgfältigerer Untersuchung und :hsender Erfahrung — nur selten noch echte Hysterie gesehen, während diese Diagnose in meinen früheren Krankenblättern noch häufig ver- :hnet finde.

Hellpach-Karlsruhe: Altern und Kränkeln.

Als vitaler Vorgang vollzieht sich das Älterwerden in unserem Leben ßweise. Diese „Alternsrucke" stehen an besonders auffallenden Stellen deutlichem Zusammenhang mit dem Fortpflanzungsleben: man denke den Evolutionsruck der Pubertät, der beim Manne, und den Involutions- :k des Klimakteriums, der beim Weibe besonders ausgeprägt ist. Nicht ten gehen diese Stöße des Älterwerdens unter mehr oder minder ausge- ägten, subjektiven oder objektiven Leidenserscheinungen vor sich. ıßerhalb jener beiden Wendezeiten des Fortpflanzungslebens scheint es ıer bei den meisten Menschen in gewissen Zeitabschlüssen zu Krisen zu ommen, in denen unter meist unbestimmten, bald mehr körperlichen, ıld mehr seelischen Krankheitserscheinungen ein ruckartiges Älter- erden nach einer Periode scheinbar unveränderter Alterssituation vor ch geht. Das körperliche Kränkeln in diesen Krisen maskiert sich mit 'orliebe hinter verwaschenen Bildern sogenannter Konstitutionskrank- eiten, wie Rheumatismus, katarrhalische Diathese, Arteriosklerose usw.; ıas seelische zeigt die unverkennbaren, wenn auch blassen und fragmen- arischen Typen der zyklischen Depression. Körperliches und Seelisches :usammen lassen sich häufig nicht anders charakterisieren als mit dem Begriff einer durchgängig verminderten, welkenden Vitalität. Die Er- holung ist meist charakteristischer als der Beginn der Leidensphase: sie vollzieht sich häufig verblüffend rasch, manchmal „über Nacht", und zeigt dann das klassische Bild wiedergewonnener Frische bei ausgeprägtem Gealtertsein im Exterieur. Es ist fast selbstverständlich, daß sie ursächlich nicht selten irrtümlich auf zufällige Faktoren (Kuren, Jahreszeiten, Er- lebnisse) bezogen wird. Ein Periodengesetz dieser Lebenskrisen kennen wir bis zur Stunde nicht. Die therapeutische Aufgabe besteht meistens in der Enthaltung von bedenklicher Polypragmasie, von voreiligen beun- ruhigenden Diagnosen (Arteriosklerose!), und positiv im psychothera- peutischen Lavieren zwischen tröstenden und suggestiven Ermutigungen auf der einen und der Durchsetzung gehöriger Schonung und Vorsicht auf der andern Seite. Nicht selten wird der Arzt in die Lage kommen, im Stadium der gesunkenen Vitalität und der entsprechenden depressiven Gefühlslage des Kranken voreilige Entschließungen hintanzuhalten (Be- rufsaufgabe und Ähnliches). Depressive Zustände schwingen manchmal in der Genesung in leicht hypomanische Endphasen aus, in denen nament- lich eine vorübergehend mit täuschender Stärke auftretende Sexualität oder überhaupt ein rauschartiges Gefühl des Gesundseins zu unbedachten Schritten (Wiederverheiratung, Überlastung mit neuen Unternehmungen)



verleiten kann. Die Dauer der unter dem Bilde des Kränkelns sich vollziehenden Alternsstöße scheint zwischen einigen Wochen und anderthalb bis zwei Jahren schwanken zu können.

2. Sitzung, 23. November.

Vorsitzender: *Kreuser*-Winnental.

Bei der geschäftlichen Besprechung wird der Einladung *Sommers* Folge gegeben, die Versammlung im nächsten Jahre in Darmstadt abzuhalten; Geschäftsführer sind *Sommer*-Gießen, *Dannemann*-Goddelau und *Vix*-Darmstadt. Die Geschäftsführer werden beauftragt, referierende Vorträge über die klinisch-psychologische Untersuchungsmethodik von Unfallneurosen zu gewinnen.

Wittermann-Rufach: Klinische Symptomatologie und Familienforschung.

Auch in klinischer Hinsicht vermag die Familienforschung, wenn auch ihr Hauptgebiet die Aufstellung bestimmter Vererbungsregeln ist, wertvolle Aufklärung zu bringen. Dabei hat man auszugehen von der Frage, welche Krankheitsbilder sich innerhalb derselben Familie vorfinden können. In überwiegendem Maße hat Vortr. in den von ihm untersuchten Familien Gleichartigkeit der Vererbung feststellen können, die sich sogar auf Ähnlichkeit des Krankheitsbildes in einzelnen Zügen erstreckte. Diese Gleichartigkeit der Vererbung hat aber nicht unbedingte Geltung; schon aus der Frage der Vererbungskreise, die freilich erst noch weiterer Bearbeitung bedarf, ist die Möglichkeit einer polymorphen Vererbung zu ersehen. Allerdings gehört das Vorkommen von Dementia praecox neben manisch-depressivem Irresein zu den größten Seltenheiten. Wo verschiedene Krankheitsbilder nebeneinander innerhalb derselben Familie vorkommen oder wo völlig atypische, diagnostisch schwer zu behandelnde Formen auftreten, liegt auch stets ein atypisches Verhalten der Heredität vor, sei es, daß verschiedene Anlagen zusammentreffen, sei es, daß eine bestimmte Anlage durch keimschädigende Momente, insbesondere durch Lues des Erzeugers, eine Komplikation erfährt. Die klinischen Zeichen der Entartung sind bei familiären Erkrankungen, wie der Dementia praecox, auch bei gehäuftem Vorkommen nicht nachzuweisen.

Morstatt-Winnental: Trauma und Korsakoffsche Psychose.

Es wird über 2 Fälle von polyneuritischer Psychose berichtet, bei denen das Krankheitsbild sich nach einer Kopfverletzung entwickelt hatte. Beide waren der Simulation verdächtig geworden und nach längerer Dauer zur Begutachtung in die Anstalt gekommen, wo die polyneuritischen Erscheinungen festgestellt und die Diagnose auf polyneuritische Psychose gestellt wurde. Der Alkoholismus hatte ätiologisch keine oder nur eine



ergeordnete Rolle gespielt. Wichtig ist, daß bei Vorhandensein der chischen Züge der Krankheit auf Polyneuritis untersucht wird, und } man — auch nach Trauma — außer Simulation nicht bloß die Ent- eidung zwischen anatomisch bedingter Störung und psychogener Ent- hung der Beschwerden ins Auge faßt. Der Alkohol ist nicht immer die sache des Krankheitsbildes, für die Therapie hingegen die Fernhaltung oholischer Schädigung von großer Bedeutung.

Hauptmann-Freiburg i. B.: Die Diagnose der „früh- ischen Meningitis" aus dem Liquorbefund.

In jüngster Zeit fand man bei systematischer Durchuntersuchung schen Syphilitikermaterials Fälle, die klinisch subjektiv und objektiv nptomfrei waren, im Liquor aber Veränderungen im Sinne einer Lympho- tose, Eiweißvermehrung oder *Wassermann*schen Reaktion (oder einer ombination dieser Phänomene) boten. Es mußte entschieden werden, diese Liquorveränderungen der Ausdruck einer „frühluischen Menin- tis" seien.

Zur Beantwortung dieser Frage wird zunächst die Erwägung heran- zogen, ob die syphilitischen Antikörper im Liquor den syphilitischen rozessen im C. N. S. selbst ihr Entstehen verdanken (*Wassermann*, *Plaut*) ler einer Filtration aus dem Blute (*Zaloziecki*). *H.* entscheidet sich für ie erste Annahme, die er hauptsächlich durch Vergleiche des Vorkommens er *Wassermann*schen Reaktion und der *Weil-Kafka*schen „Permeabilitäts- eaktion" zu stützen sucht; er berücksichtigt hierbei aber die Tatsache iner unspezifischen *Wassermann*-Reaktion im Liquor bei gewissen Me- ingitiden.

Von anatomisch untersuchten Fällen spricht nur ein von *Max Fraenkel* publizierter vielleicht (der klinische Verlauf entschied eigentlich ntgegengesetzt) gegen die diagnostische Bedeutung der Liquorverände- ungen, ein von *Zaloziecki* und vor allem ein von *Jakob* untersuchter Fall ntschieden für die Dignität des Liquorbefundes. Wichtig erscheint auch ine Untersuchung *Versés*, der in den Spinalganglien eines Syphilitikers, er klinisch völlig symptomfrei war, Spirochäten nachwies.

Im Anschluß hieran berichtet *H.* über Impfversuche von *Nichols* und *fough* und von *Steiner*, die durch Injektion von Liquor Sekundär-Lui- cher in Kaninchenhoden Spirochäten nachweisen konnten.

Bei klinisch sicheren Fällen frühluischer Meningitis fand sich ent- prechender Liquorbefund (Ly. Phase I, *Wassermann*-Reaktion bei Aus- vertung); alle Symptome konnten aber schwinden, und doch blieb der Liquor noch verändert: ein Beweis, daß die Liquorveränderung las einzige Kennzeichen der latenten syphiliti- chen Meningitis sein kann. Weiterhin werden Fälle beob- chtet, die klinisch symptomfrei sind, veränderten Liquor zeigen und durch uf Salvarsan folgende Neurorezidive beweisen, daß die Liquorver-



änderungen der spezifische Ausdruck der latenten syphilitischen Meningealaffektion waren. Es ist deshalb berechtigt, auch in Fällen, die bei positivem Liquorbefund kein Neurorezidiv bekamen, aus dem veränderten Liquor auf das Bestehen einer früh-luischen Meningitis zu schließen, um so mehr, als Fälle der Literatur, wie eigene von *H.* untersuchte zeigen, daß gerade die Patienten mit Liquorveränderungen subjektive Symptome seitens des C. N. S., wenn auch in sehr geringem Grade (wie Kopfschmerzen, Ohrensausen, Augenflimmern, Schwindel, rheumatoide Schmerzen in Armen und Beinen) boten.

Eiweiß-, Zellvermehrung oder *Wassermann*sche Reaktion im Sekundärstadium der Lues sind also der Ausdruck einer (bisweilen latenten) luischen Meningitis.

Es scheint fraglich, ob die Anschauungen über die Lues nervosa nach Kenntnis der Tatsache, daß in einem so großen Prozentsatze das C. N. S. schon so früh von Spirochäten überschwemmt wird, aufrecht erhalten werden können.

H. tritt entschieden für die *Dreyfuß*sche Forderung ein, alle Syphilitiker zu punktieren und zu behandeln, bis der Liquor wieder normal geworden ist.

(Der Vortrag erscheint an anderer Stelle ausführlich.)

Jahnel-Frankfurt: Vortragender bespricht eine noch wenig bekannte Erscheinung, das Vorkommen von positiver *Wassermann*scher Reaktion im Liquor der tuberkulösen Meningitis bei luischen Individuen an der Hand eines einschlägigen Falles.

Es handelte sich um einen dem klinischen Befunde nach typischen Fall von tuberkulöser Meningitis, was auch durch die histologische Untersuchung (besonders durch den Nachweis von Riesenzellen und zahlreichen Tuberkelbazillen in der entzündlich infiltrierten Pia) erwiesen wurde. Eine Kombination mit Paralyse oder einer andersartigen luischen Erkrankung des Zentralnervensystems war nach dem Verlaufe und dem Ergebnisse der anatomischen Untersuchung auszuschließen. Vortr. weist auf die praktische Bedeutung dieser Erscheinung, daß bei Meningitis infolge der erhöhten Permeabilität der Meningen auch die die *Wassermann*sche Reaktion verursachenden Stoffe aus dem Blute in den Liquor übertreten können, hin.

(Erscheint ausführlich im Archiv für Psychiatrie.)

G. Steiner-Straßburg i. E.: Impfexperimente mit Spinalflüssigkeit von Syphilitikern.

Gemeinsam mit Herrn Oberarzt Dr. *Mulzer* von der Straßburger Hautklinik habe ich bis jetzt bei 20 syphilitischen Personen der primären



und sekundären Periode Verimpfungen der Spinalflüssigkeit auf die Hoden von Kaninchen, gelegentlich auch intravenös, ausgeführt. Es kann hier schon über 3 positive Impferfolge berichtet werden, was einen verhältnismäßig hohen Prozentsatz darstellt, da eine gewisse Anzahl der Versuchstiere noch innerhalb der Inkubationsperiode einer Seuche zum Opfer fiel.

Die Prozedur bei der Verimpfung war folgende: Nach der Desinfektion der Einstichstelle mit Jodtinktur wurde der Kranke punktiert. Die erste Portion des Liquor wurde für die Ausführung der *Wassermann*schen Reaktion bestimmt und in einem besonderen Gläschen aufgefangen. Die zweite und dritte Portion kam je in ein Röhrchen zur Zell- bzw. Eiweißuntersuchung, und erst die letzte Menge von ca. 8—9 ccm wurde in einem sterilen Glas aufgefangen und zum Impfen verwendet. War der Liquor leicht blutig, was nicht allzu häufig vorkam, so wurde die Punktionsflüssigkeit überhaupt nicht auf die Tiere verimpft, da ja nach den Untersuchungen von *Uhlenhuth* und *Mulzer* immer die Möglichkeit vorlag, daß Syphilisspirochäten aus dem beigemengten Blute der primären und sekundären Syphilitiker bei der Verimpfung auf die Tiere übertragen werden konnten. Die zuletzt gewonnene Lumbalflüssigkeit wurde mit einer sterilen Rekordspritze aufgenommen und in die Hoden von 2 oder 3 Kaninchen verimpft. Außerdem wurde auch das Blut der untersuchten Kranken auf Kaninchen intratestikular verimpft. Selbstverständlich wurde eine genaue Untersuchung des Blutes und der Spinalflüssigkeit auf die *Wassermann*sche Reaktion, des Liquors auch nach den modernen Untersuchungsmethoden (Phase-I-Reaktion und zytologische Untersuchung) vorgenommen.

Ich will nun kurz über die drei positiven Fälle berichten:

I. J... A..., 20 jähriges Mädchen mit Papeln auf der Zunge. Am 30. Januar 1913 punktiert. Zytologische und chemische Untersuchung des Liquor ergibt normalen Befund. Der *Wassermann* im Liquor ist negativ, im Blute positiv. Es wird je 1 ccm Liquor in beide Hoden von 3 Kaninchen, je 2 ccm Blut in beide Hoden von 3 andern Kaninchen verimpft. Erst am 27. Mai konnte bei e i n e m der mit Liquor behandelten Kaninchen im linken Hoden ein Knoten nachgewiesen werden, der mit einer Glaskapillare punktiert wurde. Im Punktat konnten mit Hilfe der Dunkelfeldbeleuchtung zahllose charakteristische Spirochaetae pallidae nachgewiesen werden.

II. A... M..., 18 jähriges Mädchen mit Papeln und breiten Kondylomen. Die Lumbalpunktion und Impfung fand ebenfalls am 20. Januar 1913 statt, sie wurde in ganz derselben Weise wie beim vorhergehenden Fall auf 6 Kaninchen (3 Kaninchen mit je 1 ccm Liquor in beide Hoden) vorgenommen. Im zentrifugierten Liquor ließ sich eine sehr geringe Lymphozytose, 2—3 Lymphozyten im Gesichtsfeld, also kein eigentlich pathologischer Befund nachweisen. Die Globulinreaktion war negativ, ebenso die *Wassermann*-Reaktion, im Blute war die *Wassermann*-Reaktion



positiv. Am 19. April 1913 fand sich wiederum bei nur einem Tier eine zirkumskripte Orchitis, in der typische Spirochäten nachzuweisen waren.

III. F... M..., 30 jähriger Mann mit allgemeinem papulösen Syphilid. Die Punktion und Verimpfung wurde am 21. Mai 1913 vorgenommen. Der Liquor verhielt sich vollkommen normal. *Wassermann* im Blute war positiv. Von den zwei am 21. Mai mit je 1 ccm in beide Hoden geimpften Tieren zeigte eines am 13. August 1913 einen positiven Befund im Hoden mit charakteristischen Spirochäten.

Als erster konnte *Hofmann* in Bonn bei Verimpfungen von Spinalflüssigkeit syphilitischer Personen auf Affen ein positives Impfresultat erzielen, auch *Nichols* und *Hough* haben in neuerer Zeit Spinalpunktat von Syphilitikern mit Erfolg verimpft; die so wichtige Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit ist aber hierbei nicht vorgenommen worden. Daß durch den Vergleich der Verimpfung mit der Untersuchung der „vier Reaktionen" des Liquors ein wichtiges Ergebnis sich herausstellt, wird aus nachstehenden Ausführungen hervorgehen. Es ist natürlich nötig, die Verimpfungsmethode im Verein mit den anderen Untersuchungsmethoden des Liquor noch in viel extensiverer Weise anzuwenden, als es uns bis jetzt möglich war.

Die Bedeutung der von uns erhobenen Befunde besteht im folgenden:

1. Es finden sich schon dann Spirochäten im Liquor der Syphilitiker der sekundären Periode, wenn der Liquor selbst noch keine nachweisbaren Reaktionserscheinungen auf den Krankheitserreger zeigt, d. h. wenn die Lymphozytose, die Globulinvermehrung und die *Wassermann*sche Reaktion im Liquor fehlt.

2. Die Inkubationszeit bei den mit Liquor gespritzten Tieren ist länger wie bei den mit Blut oder andern Körperflüssigkeiten der Syphilitiker bzw. der syphilitischen Kaninchen infizierten Tieren. Die Inkubationszeit betrug nämlich in dem ersten genannten Falle vom 20. Januar bis zum 27. Mai, also über 4 Monate, im zweiten Falle 3 Monate und im dritten Fall ebenfalls 3 Monate. Es kann dies verschiedene Ursachen haben; die zwei folgenden Annahmen scheinen mir am nächsten zu liegen: einmal kann es mit dem Medium zusammenhängen, in dem die Spirochäten sich befinden — ein Analogon hierzu wäre, daß auch die Verimpfungen mit Gehirnmaterial von Paralytikern, wie sie *Noguchi* und andere ausgeführt haben, oft erst nach einer langen Inkubationszeit positiv ausfielen —, andererseits besteht die Möglichkeit, daß die Anzahl der Spirochäten bei dieser Verlängerung der Inkubationszeit eine Rolle spielt. Es ist nämlich auffällig, daß

3. Tiere, die an demselben Tage, zu derselben Stunde und mit demselben Impfmaterial geimpft wurden, sich der Infektion gegenüber verschieden verhielten; bei dem einen ging die Infektion an, das andere Tier blieb gesund. Das kann auf einer individuellen Disposition der Tiere

ruhen, es kann aber auch damit zusammenhängen, daß die Zahl der irochäten im Liquor eine verhältnismäßig geringe ist und sich dann in r einen Impfportion findet, in der anderen nicht. Hier ist auch erihnenswert, daß die direkte Untersuchung des Liquors im Dunkelfeld f Spirochäten, die fast regelmäßig vorgenommen wurde, niemals ein sitives Resultat ergab. Wir müssen auch hieraus schließen, daß die hl der Spirochäten im Liquor bei der sekundären Syphilis eine verltnismäßig geringe ist.

Verimpfungen von Liquor von progressiver Paralyse, Tabes rsalis und Lues cerebrospinalis .auf Kaninchen, die auch schon in rhältnismäßig großer Anzahl (19 Fälle in Gemeinschaft mit *Uhlenhut* *Mulzer*) ausgeführt wurden, haben bis jetzt nur negative Resultate geben.

Diskussion. — *Hauptmann*-Freiburg: Die *Steiner*schen Beoachtungen, daß sich aus dem Liquor, der weder Zell- noch Eiweißverehrung noch *Wassermann*sche Reaktion aufweist, Spirochäten verimpfen issen, fordern zu weiteren Untersuchungen auf, ob dieser Spirochätenachweis ein noch früheres Symptom einer früh-luischen Meningitis ist, ls die Lymphozytose.

Fuchs-Emmendingen: Epilepsie und Luminal (erscheint ausführlich in der Münch. med. Wschr.).

Diskussion. — *Ransohoff*: Wir haben Luminal seit fast 1½ Jahren bei Epilepsie angewandt und können die günstigen Erfolge im allgemeinen bestätigen. Luminal leistete gegen die Anfälle nicht weniger als die Bromalkalien, während das Allgemeinbefinden der Kranken ganz unverkennbar besser blieb als bei Bromdarreichung.

Einzelne Versuche mit subkutaner Gabe von Luminalnatrium im Status epilepticus haben uns noch kein eindeutiges Resultat gegeben.

Becker-Weilmünster: Trotz der interessanten Ausführungen des Vorredners scheinen mir zwei Fragen, die sich bei der kritischen Durchsicht der Luminalliteratur aufdrängen, noch der Beantwortung zu harren. Erstens der Widerspruch zwischen *Patschke* und *Schaefer* einerseits, welche zur Vorsicht bei Arteriosklerose mahnen, und *Treiber* und *Sioli* andrerseits, welche Luminal gerade bei der Agrypnie älterer Arteriosklerotiker empfahlen. Ich selbst kann trotz ausgedehnter Erprobung des Luminals diese Frage nicht entscheiden. Doch zu der zweiten Frage, nämlich ob Luminal oder das leicht lösliche Luminal natrium vorzuziehen ist, kann ich sagen, daß, wo man schnelle Wirkung, wie z. B. beim Status epilepticus, wünscht, das Luminalnatrium unbedingt den Vorzug verdient. Die verzögerte Wirkung des schwer löslichen Luminals hat in der Literatur ja auch bereits Würdigung gefunden, ich erinnere nur an *Goldstein* und *Emanuel*, die eine unangenehme kumulierende Wirkung des Luminals sahen.



Lilienstein-Bad Nauheim fragt mit Rücksicht auf die in manchen Fällen auftretenden schweren Nebenwirkungen nach den Erfahrungen des Vortragenden nach dieser Richtung. Da ferner die Epilepsie eine so eminent chronische Erkrankung darstellt, so wäre es interessant, zu erfahren, ob eine Dauerwirkung nach des Vortragenden und *Hauptmanns* Erfahrungen nach Monaten und Jahren beobachtet worden ist.

Hauptmann-Freiburg hat bei den Fällen, die nun schon seit über 1 ½ Jahren Luminal bekommen (in Dosen von täglich 0,3), keinerlei schädigende Wirkungen gesehen. Die schlafmachende Nebenwirkung wird am besten durch abendliche Gaben ausgeschaltet. Die Beeinflussungen des Atemzentrums, wie sie in Emmendingen beobachtet wurden, sind sicher auf die zu hohen Dosen zurückzuführen. Luminal ist kein Heilmittel der Epilepsie, sondern es unterdrückt nur die Anfälle. *H.* konnte sich immer wieder davon überzeugen, daß die Anfälle wiederkamen, sobald man mit der Medikation aussetzte. Trotzdem ist es in der Epilepsiebehandlung, besonders in Anstalten, äußerst willkommen.

Sommer frägt im Anschluß an die Frage der Epilepsiebehandlung, ob von den anwesenden Kollegen Versuche mit Crotalin nach den Vorschlägen von *Fuckenheim* gemacht worden sind. Es sind an ihn bisher zwei Anträge auf diese Behandlung gemacht worden, ein Fall davon befindet sich bald am Schluß der Behandlung. *Sommer* hält einen Teil der Fälle von *Fuckenheim* nicht für einwandfrei, einen andern Teil für günstig beeinflußt, so daß er den Versuch machte. Ob bei dem behandelten Falle, der in einigen Punkten gebessert erscheint, das Crotalin wirklich die Ursache davon ist, bleibt dahingestellt. Weitere Versuche erscheinen wünschenswert. Das Luminal hält *Sommer* zunächst nur für ein symptomatisches Mittel, um die Anfälle und die erotischen Äußerungen der Epileptiker im Zaume zu halten. Die kombinierte Anwendung von Luminal und Crotalin ist besonders in den Fällen zu erwägen, in denen die Epileptiker vor Beginn der Crotalinbehandlung unter starker Bromwirkung gestanden haben.

Neumann-Karlsruhe berichtet auf die Anfrage des Herrn *Sommer* über einen Fall von Epilepsie, der zurzeit einer Crotalinbehandlung unterzogen wird, vorläufig mit befriedigendem Erfolge. *N.* weist auf den prinzipiellen Unterschied hin, der zwischen der Epilepsiebehandlung mit sedativ bzw. narkotisch wirkenden Mitteln und der Crotalintherapie besteht, indem der letzteren vielleicht die Bedeutung einer spezifisch biochemischen Therapie wenigstens einer gewissen Epilepsiegruppe zukommt.

Rosental Stefan-Heidelberg: Zur Frage der Schädelkapazitätsbestimmung.

Die Schädelkapazität kann an der Leiche bestimmt werden, indem man mittels einer erstarrenden Masse einen Abguß des Schädelinnenraums herstellt und die Wasserverdrängung von diesem berechnet. Zu diesem



/ecke wurde ein Zinkoxydgelatinegemisch von *Port* angewandt und hat h für Modellierung des Schädelinnenraumes als geeignet erwiesen. eses Verfahren ist insbesondere für diejenigen Fälle von Wert, wo die ·ekte Bestimmung der Wasserkapazität des Schädels nach *Reichardt* :ht ausführbar ist. Die mit der Abgußmethode gewonnenen Schädel-pazitätswerte sind meistens etwas niedriger, wie es nach dem Ergebnis r *Reichardt*schen Methode zu erwarten ist. Wenn man aber den Volumen-ert des Abgusses um 5 % vergrößert und die so gewonnene Zahl der Wasser-ıpazität gleich betrachtet, so wird auf diese Weise jede Fehlerquelle ver-ieden, welche bei direkter Verwertung der Abgußkapazität für die Frage ·r Hirnschwellung im *Reichardt*schen Sinne unterlaufen könnte.

In einem Falle der Dementia praecox, welcher im katatonischen Zu-and unter schweren zerebralen Ausfallerscheinungen, ohne sonstige ›rperliche Komplikationen, plötzlich zugrunde ging, konnte eine Hirn-:hwellung sowohl wegen eines Mißverhältnisses zwischen dem Hirn-ewicht und der Schädelkapazität wie auch nach der eigentümlichen Be-:haffenheit der Hirnsubstanz angenommen werden. Die histologische :ntersuchung ergab eine eigenartige Rindenerkrankung, welche im wesent-ichen dem *Nißl*schen „Nervenzellenschwund" entspricht. In einem ındern Falle von Katatonie, welcher im Erregungszustand unter Kollaps-erscheinungen starb, fand sich ebenfalls eine abnorme Volumenzunahme des Gehirns und ähnliche histologische Veränderungen, ohne daß die Hirn-substanz nach ihrer Beschaffenheit geschwollen erschien. Die beiden Fälle werden ausführlich in den „Beiträgen zur Frage nach der Beziehung zwischen dem klinischen Verlauf und anatomischen Befund" von Prof. *Nißl* beschrieben.

Hummel-Emmendingen: Mitteilungen über ungewöhnliche Sektionsergebnisse.

Je heruntergekommener das Nervensystem des Menschen ist, um so weniger reagieren die körperlichen Organe auf krankhafte Vorgänge.

Belege dafür durch die Sektion zweier schwerer Verblödungsprozesse.

1. Hühnereigroßer Blasenstein, der sich um eine Haarnadel gebildet hatte. — Schwere Cystitis — Harnstauung — trotzdem keine aszendierende Pyelonephritis.

2. Großes, teils zerfallenes Rectumkarzinom, von dem ganze Zapfen bröckligen Krebsgewebes frei in die Bauchhöhle zwischen die Därme hineinreichten. Trotzdem keine Implantationsmetastasen, auch keine Metastasen in Leber und Drüsen.

Schmidt-Freiburg: Adrenalinwirkungen bei Dementia praecox.

Verf. untersuchte die Wirkung der subkutanen Adrenalininjektion bei einer Reihe von Fällen der Dementia-praecox-Gruppe. Es stellte sich



dabei heraus, daß die subkutane Einverleibung von ½ mg Adrenalin bei Kranken dieser Kategorie keine Blutdrucksteigerung zur Folge hatte, während die übrigen Personen (Gesunde und nicht zur Dementia praecox gehörige Psychosen) mit der üblichen Blutdrucksteigerung reagierten. Im ganzen wurden 60 Fälle untersucht. Eine ausführliche Besprechung dieser Untersuchungen erscheint demnächst in der Münch. med. Wschr.

Jäger-Reichenau: Zur Typhusfrage in Irrenanstalten.

Verf. äußert sich im Anschluß an seine bei einer Typhusepidemie in Pforzheim gesammelten Erfahrungen über die Sonderstellung der Typhusbazillenträger in den Irrenanstalten und fordert eine einheitliche, planmäßige Bekämpfung des Anstaltstyphus, der in den meisten Fällen durch unerkannt gebliebene Dauerausscheider bedingt ist. Hierzu bedarf es konsequenter Durchuntersuchung jedes frischen Zugangs — sowohl an Patienten als an Personal — auf Dauerausscheidung sowie rascher, bakteriologischer Klärung von dubiösen Erkrankungen der Anstaltsbewohner.

Abortive und gänzlich atypisch verlaufende Typhusfälle scheinen gerade bei chronisch Geisteskranken relativ häufig vorzukommen.

Besonders warnt Verf. davor, Geisteskranke, die nicht zuvor wiederholt auf Bazillenausscheidung geprüft worden sind, als Hilfspersonen in Gemüseputzräumen, Küche usw. zu beschäftigen.

Sämtliche hierzu notwendigen bakteriologischen Untersuchungen sollen von den staatlichen Untersuchungsämtern, nicht von einem spezialistisch geschulten Arzte der Anstalt, ausgeführt werden.

Der Überlastung der in Betracht kommenden Institute muß durch Vermehrung ihres Ärzte- und Laborantenpersonals vorgebeugt werden.

Die Absonderung der ausfindig gemachten Bazillenträger soll in für mehrere Landesanstalten gemeinsamen Typhusträgerhäusern geschehen, in denen auch das der Dauerausscheidung verfallene Pflegepersonal Verwendung finden kann.

Die unter dem Küchen-, Bäckerei-, Metzgereipersonal gefundenen Bazillenträger müssen unbedingt ihren Beruf wechseln.

Für die dadurch zur Berufsaufgabe gezwungenen Angestellten verlangt Vortr. eine dem Einzelfall angemessene gesetzliche Entschädigungsberechtigung, analog der Unfallgesetzgebung.

Die Behandlung der Bazillenträger und der an Typhus frisch Erkrankten mit Antityphusserum sowie ganz besonders die Schutzimpfung der in erster Linie bei Epidemien gefährdeten Personen (Pflegepersonal) wird auf Grund der neueren, durchaus günstigen Erfahrungen den Anstalten zur Nachahmung empfohlen.

Diskussion. — *Ransohoff*: Seit Eliminierung der Typhusbazillenträger sind die Anstalten Höchst und Stephansfeld dauernd typhusfrei geblieben. Seither wurden sämtliche Zugänge in die Anstalten

bakteriologisch untersucht; es sind bisher 3 Bazillenträger gefunden worden.

In letzter Zeit ist die Bekämpfung im Reichsland auch auf die Dysenterie ausgedehnt worden; die bakteriologischen Befunde sind aber noch so unsicher, daß Erfolge bisher ausgeblieben sind.

Becker-Weilmünster: In Preußen liegen anscheinend die Verhältnisse nicht so günstig wie in Hessen. Als Provinzialangestellte stehen wir nicht in so direktem Konnex mit den kgl. Medizinaluntersuchungsämtern, wie anscheinend in Hessen. Unsere Ämter sind überlastet und sind sicher einer systematischen Durchuntersuchung einer Riesenanstalt, die noch dazu weit abgelegen ist, nicht gewachsen. Und zur Anwerbung eines speziellen Bakteriologen für die einzelne Anstalt sind, da die Vorbildung desselben ja nach meinen Erfahrungen eine mehrjährige sein müßte, die Kosten schwer aufzubringen. Zu letzterer Ansicht bin ich gekommen infolge der oft weit differenzierenden Resultate der einzelnen Bakteriologen in den Einzelfällen. Es scheint mir die Theorie der modernen Bakteriologie wohl den richtigen Fingerzeig zu geben, die Praxis aber doch noch öfters zu versagen.

Ich kann aus meiner Anstalt berichten, daß wir alle Vorsichtsmaßregeln, die der Herr Redner empfahl, und alle Durchsuchungsmaßnahmen vorgenommen haben. Wir wären schon weiter, wenn nicht die oben skizzierten Verwaltungsschwierigkeiten in Preußen und die Fehler in der bakteriologischen Untersuchung, wie sie sich heutzutage noch nicht ganz vermeiden lassen, hemmend dazwischen träten.

Im übrigen verweise ich die Herren Vorredner, welche auf ein Mittel als unfehlbar in der Heilung von Dauerausscheidern schwören, auf den lockenden Preis von 10 000 M. hin, der ja dafür ausgesetzt ist.

Barbo-Pforzheim berichtet kurz über den auf Anregung des Herrn Privatdozenten Dr. *Link*, Direktors der inneren Abteilung des städtischen Krankenhauses in Pforzheim, vorgenommenen Versuch, mittelst Darreichung von Milchsäure (4 proz. Lösung, 3 bis 4 mal täglich 1 Eßl.) die Ausscheidungen der Typhusbazillenträger bazillenfrei zu machen. In einem Falle der Pforzheimer Anstalt und in zwei Fällen des Herrn Dr. *Link* sind diese Versuche bis jetzt von Erfolg begleitet gewesen. Der Vortr. enthält sich jedes abschließenden Urteils über die Zuverlässigkeit der Milchsäuremedikation, möchte aber zu Nachprüfungen Anregung geben.

Max Fischer-Wiesloch: Berufsgeheimnis und Herausgabe der Krankengeschichte.

In einer Untersuchungssache gegen einen entlassenen Anstaltspflegling verlangt die Staatsanwaltschaft außer den Personalakten, und dem Aufnahmegutachten, die sie erhalten hat, von der Anstaltsdirektion noch die ärztlicherseits geführte Krankengeschichte; sie wird von der Direktion mit Berufung auf den § 300 Str.-G.-B. (Berufsgeheimnis) ver-

weigert. Die Staatsanwaltschaft besteht aber auf der Herausgabe, da die Anstaltsdirektion auf Grund des § 96 Str.-P.-O. als Behörde dazu verpflichtet sei. Auf erneute Weigerung der Anstaltsdirektion unter der Begründung, daß die Krankengeschichte in toto als ein uns anvertrautes Privatgeheimnis angesehen werden müsse und die Eigenschaft als Behörde und Beamte in unser Vertrauensverhältnis zum Kranken nicht eingreifen dürfe, erzwingt die Staatsanwaltschaft die Herausgabe durch eine Anordnung der vorgesetzten Behörde der Anstalt.

Es wird nun untersucht, ob dies Vorgehen berechtigt war, und welche Stellung wir Irrenärzte zu dem Falle einnehmen müssen. Der Vortr. ist der Überzeugung, daß wir auch der Staatsanwaltschaft als Untersuchungsbehörde gegenüber die Krankengeschichten mit allen ihren Beilagen, allgemein und ganz besonders im irrenärztlichen Beruf, als unter das Berufsgeheimnis fallend zu bewahren, ihre Herausgabe unter allen Umständen abzulehnen befugt sind; ihrer ganzen Natur nach kann die Krankengeschichte nicht als Aktenbestandteil angesehen werden und höchstens in Ausnahmefällen an Fachgenossen, weil sie gleichfalls unter dem § 300 stehen, ausgeliehen werden.

Der § 96 Str.-P.-O. kann an dieser Auffassung nichts ändern. Einmal werden in der Preisgabe der Krankengeschichte die wichtigsten Interessen der ganzen Ärzteschaft, der Gesamtheit aller Kranken und damit auch der Allgemeinheit, also des Staates empfindlich getroffen und gefährdet; außerdem würde aber der § 300 Str.-G.-B., also ein Bestandteil der staatlichen Rechtsordnung, in Frage gestellt. Die Irrenärzte aber können in Ausübung ihres Berufes an den Anstaltspfleglingen nicht als Beamte angesprochen, und es kann uns nicht durch unsere staatliche Stellung das schönste Anrecht des Arztes, das der Berufsverschwiegenheit, wenn auch nur für gewisse Fälle, entzogen werden. Neben dem § 300 kommen sonach zu unserem Schutze noch einige Paragraphen der Strafprozeßordnung, und zwar § 52 (Zeugnisverweigerung), § 53 (Gefahr gerichtlicher Verfolgung), § 95 (Wegfall der Zwangsmittel zur Herausgabe von Schriftstücken) und § 97 (Unzulässigkeit der Beschlagnahme) in Betracht.

Sollte die hier begründete Ansicht aber von juristischer Seite nicht geteilt werden, so wird eine reichsgerichtliche Entscheidung herbeizuführen sein, oder es müßte, falls eine Lücke in der Gesetzgebung bestände, unsere Standesvertretung beauftragt werden, auf eine Änderung und Ergänzung des Gesetzes hinzuwirken.

Diskussion. — *Kreuser* stellt sich ganz auf den Standpunkt *Fischer*s, daß die Krankengeschichten als Niederschlag dessen betrachtet werden müssen, was dem Arzt vermöge seines Berufes anvertraut ist, und daß diese rein persönliche Vertrauensangelegenheit selbst der (Medizinal-) Aufsichtsbehörde als solcher geheimgehalten werden sollte, obwohl auch diese ja zur Bewahrung des Dienstgeheimnisses verpflichtet ist. — Ärzt-



liche Aufnahmezeugnisse dagegen gehören zu den Akten. Sie sind daher unter Umständen rein formell zu halten und durch ärztliche Privatbriefe zu ergänzen. — Von autoritativer juristischer Seite ist gelegentlich darauf hingewiesen worden, daß schließlich immer noch eine Beschlagnahme der Krankengeschichten angeordnet werden könne. Eine Sicherung dagegen sei nur dadurch möglich, daß in den Krankengeschichten recht wenig schriftlich niedergelegt werde.

Barbo-Pforzheim ist der Ansicht, daß es sich bei der Verpflichtung zur Herausgabe der Krankengeschichte an Gerichtsbehörden um den alten Streit, ob „befugte" oder „unbefugte" Bekanntgebung eines Berufsgeheimnisses, handelt, der auch unter den Juristen noch nicht beendigt ist.

Weiter hält er das ärztliche Aufnahmegutachten auch nur für einen Bestandteil der Krankengeschichte, nicht der Akten.

Sodann glaubt er, daß durch Herausgabe der Krankengeschichte nur an den ärztlichen Sachverständigen die Schwierigkeit hinsichtlich Wahrung des ärztlichen Berufsgeheimnisses nicht ganz gehoben werde, da der ärztliche Sachverständige zur eingehenden Motivierung seines Gutachtens natürlich auch Tatsachen anführen muß, die ihm nur aus der ihm zur Verfügung gestellten Krankengeschichte bekannt geworden sind, und die er nun auf diesem Wege zur Kenntnis von Nicht-Ärzten bringt.

Lilienstein-Bad Nauheim weist auf die Möglichkeit der Verweigerung der Zeugenaussage nach dem R.-Str.-G. hin, wenn sich der Zeuge durch Abgabe des Zeugnisses strafbar macht.

Die sinngemäße Übertragung von der Zeugenaussage auf die Sachverständigenaussage, also auch auf das Gutachten, ermöglicht sicher auch den Anstaltsärzten die Verweigerung der Herausgabe der Krankengeschichte. *L.* hat in einem solchen Falle Erfolg gehabt und die Abgabe eines Gutachtens vor Gericht verweigert.

L. Mann-Mannheim: Bei der Bedeutung der vom Vortr. erwähnten Fragen hielte ich es für notwendig, daß unsere heutige Versammlung offiziell mit einem entsprechenden Antrag an den Vorstand des Deutschen Vereins für Psychiatrie herantrete und so eine Bearbeitung herbeiführe, die als offizielle einen andern Eindruck auf die Juristen machen werde.

Ransohoff: Ein Beitrag zur Kenntnis des Hexenglaubens.

R. berichtet über eine kleine Epidemie von Hexenglauben aus einem katholischen Dorfe des Unter-Elsaß. Der Hexerei beschuldigt wurde der Ortspfarrer. Ein Imbeziller, der den Pfarrer bedroht hatte, wurde vorübergehend in der Anstalt untergebracht. Eine erhebliche Rolle bei den Anschuldigungen gegen den Pfarrer spielte ein Kurpfuscher aus der Gegend von Offenburg i. B. (der „Altenheimer Mann"). Der Versuch, die Staatsanwaltschaft zum Einschreiten gegen diesen zu veranlassen blieb erfolglos.

Hauptmann. Römer.



142. Sitzung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 13. Dezember 1913.

Anwesend: *Anker*-Lichtenrade, *Arndt*-Nikolassee, *Ascher*-Berlin, *P. Bernhardt*-Dalldorf a. G., *Boedeker*-Schlachtensee, *Bratz*-Dalldorf, *Eicke*-Buch, *Ermisch*-Treptow a. R. a. G., *Falkenberg*-Lichtenberg, *Finckh*-Dahlem, *Forster*-Berlin a. G., *Fränkel*-Lankwitz, *Franke*-Buch, *Frenkel-Heiden*-Berlin a. G., *Fromberg*-Lichtenberg a. G., *Häser*-Berlin a. G., *Hagedorn*-Berlin a. G., *Hebold*-Wuhlgarten, *Heine*-Dalldorf a. G., *Hempel*-Wuhlgarten a. G., *Henneberg*-Berlin, *Hildebrandt*-Dalldorf a. G., *Klipstein*-Lichtenberg, *Kluge*-Potsdam, *Kortum*-, *Krehmer*-Dalldorf a. G., *Kuzinski*-Berlin a. G., *Hans Laehr*-Schweizerhof, *Lehmann*-Schöneberg a. G., *Levinstein*-Schöneberg, *Levy-Suhl*-Wilmersdorf a. G., *Liepmann*-Dalldorf, *Marcuse*-Lichtenberg, *Mittenzweig*-Stahnsdorf, *Moeli*-Lichtenberg, *Mucha*-Buchholz, *Naue*-Buch a. G., *Otto*-Lichtenberg, *Richter*-Buch, *Sack*-Berlin, *Karl Sander*-Lichtenrade, *Wilh. Sander*-Dalldorf, *Schayer*-Dalldorf, *Schauß*-Zepernick a. G., *Schmidt*-Wuhlgarten, *Schuster*-Berlin, *Seeger*-Lübben, *Seelig*-Lichtenberg, *Sklarek*-Buch, *Spliedt*-Waldfrieden, *Stelzner*-Charlottenburg, *Ulbrich*-Berlin a. G., *Veit*-Wuhlgarten, *Vieregge*-Lichtenberg, *Waldschmidt*-Nikolassee, *Werner*-Buch.

Nach Eröffnung der Sitzung durch den Vorsitzenden *Sander*-Dalldorf gedenkt der Schriftführer des Verlustes, den der Verein im letzten Halbjahr durch den Tod zweier Mitglieder erlitten hat. Sanitätsrat Dr. *Karl Serger*, Direktor der Landesanstalt Strelitz, ist 50 Jahre alt geworden. Im Magdeburgiscehn geboren, widmete er sich bald nach seiner Approbation der Psychiatrie und wirkte erst 6 Jahre im Sachsenberg, dann 19 Jahre in der Landesanstalt Strelitz. Er litt mehrmals an Depressionszuständen, und anscheinend in einem solchen suchte und fand er, ohne daß vorher an ihm etwas aufgefallen wäre, am 20. Oktober den Tod im nahen Domjüchsee. — Ferner betrauern wir den Tod des Geh. Med.-R. Prof. Dr. *Fedor Schuchardt*. Nachdem er in Straßburg Assistent bei *Leyden* und *Kußmaul* gewesen, ging er zur Psychiatrie über, war unter *W. Naße* erst in Andernach, dann 4½ Jahre in Bonn tätig, habilitierte sich hier an der Universität, kam 1886 als Direktor des Sachsenbergs nach Mecklenburg und übernahm 1896 die Leitung der nach seinen Plänen erbauten Landesanstalt Gehlsheim zugleich mit der Professur der Universität Rostock. Er war ein ausgezeichneter Arzt und Anstaltsdirektor; seine wissenschaftlichen Aufsätze finden sich zumeist in der Allg. Ztschr. f. Psych., deren Literaturbericht er bis 1905 redigierte, und in der Ztschr. f. Med.-B. Er starb nach langem schweren Leiden am 7. November, 66 Jahre alt. — Die Anwesenden erheben sich zu Ehren der Verstorbenen von den Sitzen.



Heine-Dalldorf: Demonstration der Organe eines Idioten mit starker Adipositas. Epikrise zu dem am 29. VI. 12 vorgestelltem Falle (s. diese Ztschr. Bd. 69, S. 782).

In der Sitzung des psych. Vereins vom 29. VI. 12 hat *Heine* einen Idioten mit außerordentlich starker Adipositas vorgestellt. Derselbe war von Geburt an ein großes Kind gewesen, zeigte aber zunächst in seiner Entwicklung keine Besonderheiten. Mit 1³/₄ Jahren machte er Diphtherie und im Anschluß daran Krämpfe durch. Seitdem blieb er in seiner geistigen Entwicklung zurück und bot das Bild des Vollidioten. Weiterhin kam es bei ihm allmählich zur Entwicklung von einer außerordentlich starken Adipositas. Am 3. VII. 13 starb er als Patient der Irrenanstalt Dalldorf an einem von der Zungenwurzel ausgehenden Abszesse. Vortr. demonstriert das Gehirn, das Erscheinungen der Atrophie, besonders



am Stirnpol aufweist (siehe beiliegende Abbildung), ferner eine bis zum Volumen eines Pflaumenkerns vergrößerte Hypophyse und ein stark verdicktes Schädeldach, das bei der Sektion mit der Dura verwachsen gefunden wurde. Die Glandula pinealis und die Schilddrüse sind nicht vergrößert. Die Nebennieren bieten keine Besonderheiten dar. Die Hoden weisen makroskopisch keine Veränderungen auf. Irgendwelche Abnormitäten des Knochenwachstums wurden, abgesehen von dem verdickten Schädeldach, bei der Sektion nicht gefunden.

Diskussion. — *P. Schuster*-Berlin: Anknüpfend an die Bemerkung des Herrn Vortr. über die Beschreibung von Fällen mit zerebraler Adipositas durch *v. Frankl-Hochwart* gestatte ich mir, darauf hinzuweisen, daß ich schon ca. 1½ Jahre vor der Publikation *v. Frankl-Hochwarts* bzw. seines Assistenten *Fröhlichs* in der Berliner Gesellschaft für Neurologie zwei Fälle zeigte, welche neben den Allgemeinerscheinungen des Hirntumor eine eigentümliche an Myxödem erinnernde Anschwellung des Unterhautfettgewebes darboten. Bei jener Demonstration in der Ber-



liner Gesellschaft für Neurologie am 14. Mai 1900 (Neur. Zentralbl. 1900 S. 540) deutete ich die Adipositas unter direktem Hinweis auf die Akromegalie als ein zerebral bedingtes Symptom, allerdings ohne direkt von der Hypophyse zu sprechen. Ich lege Wert darauf, festzustellen, daß meine Demonstration der *Fröhlich*schen Veröffentlichung lange vorausgeht, weil *v. Eiselsberg* und *v. Frankl-Hochwart* in einer aus dem Jahre 1907 stammenden Veröffentlichung meine Beobachtung unter die Zahl derjenigen einreihen, welche durch die *Fröhlich*sche Arbeit veranlaßt worden seien. (Nachträglich teilt mir Prof. *v. Frankl-Hochwart* mit, daß er auf dem internat. Kongresse für Medizin in Budapest 1900 festgestellt hat, meine — unter Hinweis auf die Akromegalie — ausgesprochene Vermutung von der Möglichkeit einer cerebralen Ätiologie der Adipositas sei schon im J. 1909, also vor der *Fröhlich*schen Veröffentlichung erfolgt. Zugleich weist er darauf hin, daß *Anderson* schon 1886 eine Nekropsie beibrachte, welche den Zusammenhang von Hypophysistumor und Verfettung darlegte.)

Kronfeld-Dalldorf: Der klinische Wert der serologischen und Liquordiagnostik.

Trotz der großen Literatur und der in vielen Punkten erzielten Einigkeit besteht noch immer ein Bedürfnis nach statistisch und klinisch gleich einwandfreien Untersuchungen an einem großen Material, wobei der gleiche Untersucher sowohl die Fälle klinisch verfolgte als auch die in Frage stehenden Reaktionen selber anstellte. Nur weil klinische Untersuchung und Laboratoriumsdiagnostik in verschiedenen Händen liegen, kommt es, daß Kliniker und Ärzte zuweilen nichts Rechtes mit den Laboratoriumsangaben über die Reaktionen anfangen können, besonders bei den sog. fraglichen Befunden. Wer aber sein Material zugleich klinisch bearbeitet und die Reaktionen anstellt, kann die jeweilige Schwere der Erkrankung, ihre Begleitsymptome, Komplikationen und Verlaufsweisen in richtige Beziehung bringen zu etwaigen Besonderheiten der einzelnen Reaktionsfälle. Solche treten freilich nur in einer kleinen Minderzahl von Fällen auf, aber das sind dann gerade oft die auch klinisch-diagnostisch schwierigen. Vor allem gilt das für die nicht seltenen schwachen Hemmungen bei Wassermannscher Reaktion, oder auch für solche, die mit dem einen Extrakt positiv, mit dem anderen negativ ausfallen. Der Laboratoriumsforscher berichtet in solchem Falle dem Kliniker aus Vorsicht lieber einen negativen Ausfall. Wer aber beides zu sein versucht, wird bald erkennen, daß die Extrakte durchaus nicht nur in ihrer quantitativen Leistung differieren, sondern auch qualitativ Verschiedenes leisten, so daß z. B. der eine Extrakt ein besonders feines Reagens für luische Sera ist, aber weniger fein mit dem metaluischen Liquor reagiert, der andere — nach meiner Erfahrung besonders der *Landsteiner*sche — sich gerade umgekehrt verhalten kann. Darnach wird er die Reaktionen



mit den betr. Extrakten bewerten können, wenn sie sich einmal widersprechen. Diese Personalunion hätte auch vor der Überspannung der Anforderungen an einen leer-schematischen Spezifitätsbegriff geschützt, wie sie gerade in der serodiagnostischen Literatur jahrelang geherrscht haben. Der Kliniker hat längst gewußt, daß diesem Begriff der *klinische* Verlauf der einzelnen Fälle auch durchaus nicht immer genügt. Aber sobald das serologische Experiment mit dem Anspruch auf eine derartige Spezifität auftrat, sah man in ihm eine Art von Rettung der Möglichkeit streng pathogenetischer Klassenbildung; alle Divergenzen von serologischem und klinischem Befunde wurden der Unvollkommenheit der klinischen Diagnostik zur Last gelegt, man kam zur Forderung der Diagnose im Laboratorium als allein exakter und ausreichender Basis ärztlichen Handelns. Jetzt kommen die Serologen selber allmählich von ihrem teleologischen Spezifitätsdogma ab — vgl. die neuen Arbeiten von *Forßmann*. Und vorher schon haben die Kliniker eingesehen, daß die Reaktionsergebnisse immer nur ein — wenn auch noch so wichtiges — Hilfsmittel klinischer Diagnostik sein dürfen, das das klinische Urteil zwar beeinflussen, aber niemals ersetzen soll. Der vorliegende Bericht stützt sich auf das Material der Heidelberger psychiatrischen Universitätsklinik, das von mir [1]) sowohl klinisch als serologisch und liquordiagnostisch bearbeitet wurde. Die Gesamtzahl der Heidelberger Punktionsfälle beträgt zurzeit 2045; meine Statistiken umfassen davon einen Ausschnitt von 740.

Was zunächst die *Wassermannsche Reaktion im Serum* anlangt, so bestätigen unsere Erfahrungen das übereinstimmende Resultat der Literatur: *positiver Ausfall* spricht mit größter Wahrscheinlichkeit dafür, daß der Kranke eine Lues hat oder hatte. Vereinzelt sah ich bei trüben chylösen Seren eine alleinhemmende Wirkung, die sich bei alleinhemmenden Extrakten additiv zu einer vorgetäuschten Positivität erhöhen ließ; derartige Seren sollte man vorsichtshalber nicht zur Reaktion verwenden. Indes hat ein derartiger Befund nur theoretisches Interesse — er steht hier in gleicher Linie mit der Hemmungswirkung des Cholesteringehaltes usw. *Negativer Ausfall* läßt mit größter Wahrscheinlichkeit den Schluß zu, daß der Kranke keine Paralyse hat; mit etwas geringerer Wahrscheinlichkeit spricht er auch gegen Tabes. Ob eine — zum mindesten anamnestische, latente oder hereditäre Lues vorliegen könnte, ist nach der negativen Reaktion nicht entscheidbar. Ist also bei einem Geisteskranken Wassermann im Serum positiv, so *muß* derselbe lumbalpunktiert werden. Aber negativer Wassermann macht die Lumbalpunktion nicht überflüssig. Einer Kontrolle

[1]) Gemeinsam mit *O. Ranke*, der mir seinen Anteil an diesen Untersuchungen in liebenswürdiger Weise zum Zweck dieses Berichts überlassen hat, wofür ich ihm bestens danke.

jedoch, ob eine Salvarsantherapie gewirkt hat, durch die bloße Änderung des Reaktionsausfalls, ist — besonders auch nach *Emanuels* experimentellen Untersuchungen — zu widerraten.

Die Wassermannsche Reaktion im Liquor ist theoretisch sicherlich ebensowenig spezifisch — im Sinne einer Bindung von „Luesantigen" und „Luesantikörper" — wie es die Reaktion im Serum ist. Das beweist nicht nur die längst bekannte Tatsache, daß man dem luischen Leberextrakt die verschiedenen nichtluischen Organextrakte substituieren kann — auch wir fanden in vielen Vergleichsversuchen weitgehende Übereinstimmung des alkoholischen Luesleberextraktes besonders mit dem Meerschweinchen-Herzmuskelextrakt —, das beweist auch eine große Zahl neuer theoretischer Studien, von *Elias*, *Porges*, *Neubauer* und *Salomon*, *Seligmann*, *Michaelis*, *Manwaring* und vielen anderen. Wenn ich meine eigenen 1910 veröffentlichten Versuche erwähnen darf, so gelang es mir nicht, die gesuchte Antigen-Antikörper-Bindung, die *Wassermann* damals noch annahm, in loco, also im Gehirn, nachzuweisen. Ich erhielt ferner, sobald ich das Verhältnis der hemmenden zu den lytischen Faktoren änderte — durch Mengenvariation aller bei der Reaktion beteiligten Substanzen und durch Einführung des viel schwächer und abgestufter reagierenden Kaninchenkomplements zugleich mit einer als „Antigen" fungierenden Lezithinemulsion —, neben einer Mehrzahl typisch verlaufender Reaktionen im Liquor auch eine größere Reihe von Kurven des Reaktionsverlaufs. Und diese Kurven gingen parallel mit denen der Ausflockungsreaktion und anderer, experimentell erzeugbarer kolloidaler Adsorptionsphänomene. Die Analyse dieser Kurven bestätigte die Behauptungen *Manwarings*, daß es sich nicht um eine quantitative, sondern um eine optimale Reaktion bestimmter Quantitäts verhältnisse handele. Wie er wahrscheinlich machen konnte, wirken zwei verschiedene antilytische Faktoren beim Zustandekommen der Komplementbindung mit, der eine bestehend in einer Summierung der hemmenden Substanzen, die an sich in jeder der zur Reaktion verwendeten Flüssigkeiten vorkommen; der andere bestehend aus antilytischen Körpern, die erst durch die physikalisch-chemische Einwirkung der Reagentien aufeinander entstehen. Die Hemmung der Hämolyse ist hiernach theoretisch mit jedem Serum (bzw. Liquor) möglich; doch ist, je nach den ebengenannten Faktoren, ihr Optimum verschieden intensiv — bis herab zu praktisch nicht mehr merklichen Werten; dies Optimum liegt ferner jeweils bei einer verschiedenen Extraktmenge, und es wird überdies, was am wichtigsten sein dürfte, noch durch das Verhältnis der hemmenden und lösenden Stoffe zueinander modifiziert.

Hauptmann hat später — z. T. wohl abhängig von den theoretischen Erwägungen, aus denen ich jene Mengenvariationen vornahm — die Liquormengen unter diagnostischen Gesichtspunkten systematisch variiert und hieraus eine wertvolle diagnostische Hilfsmethode entwickelt: sein Aus-



:rtungsverfahren, das zu einer wesentlichen Verfeinerung der klinischen :rwendbarkeit der Reaktion geführt hat.

Ganz anders liegt das Problem der praktisch-klinischen Eindeutig-it des Reaktionsausfalls. Von 289 Paralysen meines Materials reagierten gativ nur ein typischer und zwei ganz atypisch verlaufene Fälle. Alle ideren reagierten positiv. Bei sicheren Nichtparalysen fand sich positive quorreaktion nur in einem einzigen Falle — bei einer Pachymeningitis iemorrhagica, bei der überhaupt sämtliche Reaktionen des Liquors, *ißl*sche und *Nonne*sche Eiweißprobe, Zellbefund und Wassermann, und tzterer auch im Serum, paralytisch-postives Ergebnis hatten, und die i der histopathologischen Untersuchung dann doch keine Paralyse war. eine früher berichteten Komplementablenkungsreaktionen des Liquors 7 Fällen von tuberkulöser Meningitis wurden 2 mal positiv nicht mit r originalen Methode, sondern mit einer Lezithinemulsion als Antigen; i Anwendung von Wassermannschem Organextrakt erhielt ich 1 mal ›sitive Reaktion.

Nach *Nonne* soll auch bei Tabes und Lues cerebrospinalis in einer cht ganz unbeträchtlichen Minderzahl von Fällen positive Liquor-aktion bestehen. Ich sah das nur selten. Wohl aber kann ich die er-ähnte Feststellung *Hauptmann*s bestätigen, daß in solchen Fällen die egative Reaktion durch Erhöhung der Liquormenge positiv wird. Ebenso ibt umgekehrt der Paralyseliquor oftmals in 5-, ja 10- und selbst 20-ıch kleinerer Menge, als man gewöhnlich zur Reaktion verwendet, noch ositive Ausschläge. Paralyse und Tabes (desgl. Lues cerebrosp.) sind iierdurch also in der Regel noch differentialdiagnostisch trennbar.

Was die übrigen Reaktionen im Liquor anlangt, so setze ich die *Vonne*sche Ammonsulfatfällung als bekannt voraus. Neben ihr sollte ıuch stets die Gesamteiweißmenge nach *Nißl*s Vorgang bestimmt werden. Sie ist das verbreiteste und zuverlässigste Reagens des Liquors für das 'orliegen eines organischen Prozesses im Zentralnervensystem. Wir aben in Heidelberg in letzter Zeit versucht, den positiven Nonne genau ach Art der *Nißl*schen Gesamteiweißbestimmung zu quantifizieren, in-:m wir entsprcchende Mengen in *Nißl*schen graduierten Röhrchen zen-ifugierten. Wir wollten so — nach einer Anregung *Ranke*s — die sub-ktive und oft recht willkürliche Bewertung des Opaleszenz- und Trü-ıngsgrades ausschalten, was z. B. die quantitative Auswertung der *onne*-Reaktion nach *Bisgaard*, durch Liquorverdünnung, nur zum Teil reicht. Über die Ergebnisse s. u. Während nun der normale Liquor emals meßbare Mengen an Globulinen und anderen Stoffen enthält, die i der Ammosulfatprobe ausfallen könnten, enthält er regelmäßig bereits stimmbare Gesamteiweißquanten; und zwar bis zu 2,5 oder höchsten-lls 3 Teilstrichen; größere Mengen gelten als pathologisch [1]).

[1]) Das absolute Quantum, dem ein *Nißl*-Strich entspricht, hängt ıtürlich von der Tourenzahl und der Benutzungsdauer der Zentrifuge



Die Untersuchung des Zellgehalts wird fast überall durch Zählen in Kammern nach *Fuchs-Rosenthal* geübt, trotzdem uns in der *Ravaut*schen Methode eine viel elegantere und sicherere Technik zu Gebote steht. Zuungunsten des ersteren Verfahrens spricht die Tatsache, daß die Zellzahl in verschiedenen Tropfen desselben Liquors differieren kann, mehrere aufeinanderfolgende Zählungen also oft abweichende Ergebnisse haben. Ferner halten die Zählkammerpräparate sich natürlich nicht, während die *Ravaut*-Präpartae sich halten und so jederzeit demonstrierbare Vergleichungen ermöglichen. Außerdem gestatten letztere auch eine genauere qualitative Zelluntersuchung. Daß eine etwas größere Liquormenge als zur Zählmethode notwendig ist, spielt deshalb gar keine Rolle, weil diese selbe Menge nach dem Abzentrifugieren der Zellen zur Eiweißbestimmung verwendet werden kann. *Nißl* unterscheidet mit *Ravaut* den normalen Befund von dem bei Lues typischen — der réaction moyenne — und dem bei Paralyse typischen — der réaction grosse.

Es bestehen nun folgende Möglichkeiten der Reaktionsausfälle:

1. Alle Reaktionen im Liquor und im Serum seien positiv. Dann ist klinisch Paralyse so gut wie gewiß. Die erwähnte Pachymeningitis haemorrhagica und der eine Fall von Meningitis tbc. sind unsere einzigen Ausnahmen. Auch Tabes und Lues cerebrospinalis kann zuweilen so reagieren. Die *Nonne*sche Reaktion ist auch bei Tabes in 90 % positiv, die Gesamteiweißvermehrung nimmt aber im allgemeinen nicht solche Grade an wie bei Paralyse. Ebenso fehlt die Zellvermehrung oft, ist aber zuweilen doch stark vorhanden. Wassermann im Serum ist bei Tabes positiv in 60—70 %; im Liquor nach *Nonne* in 5—10 %, nach andern Autoren öfter (*Plaut* 64 %, *Schuetze* 80 %). Im allgemeinen wird die Differentialdiagnostik zwischen Tabes und Palyse aus dem Liquor keine Schwierigkeiten machen, zumal wenn man das Auswertungsverfahren und die noch zu erwähnende Goldsolreaktion hinzunimmt.

2. Alle vier Reaktionen im Liquor positiv, Wassermann im Serum allein negativ. Ein seltener Befund. Theoretisch möglich am ersten noch bei Tabes; ich habe ihn freilich nicht dabei gesehen. Hingegen zeigten ihn bei meinen Fällen zwei Paralysen höheren Alters, beide über 60 Jahre alt, deren Lues schon mehr als 30 Jahre zurücklag. Sie sind zur Sektion gekommen und bestätigten die Diagnose.

3. Wassermann im Serum positiv, im Liquor negativ bei positivem Nonne, starker Eiweiß- und „paralytischer" Zellvermehrung.

---

ab. Will man überhaupt vergleichbare Werte erhalten, so müssen die beiden Faktoren dauernd konstant gehalten werden. Für das Heidelberger Material entspricht 1 *Nißl*-Strich ca. 0,02 %.



Dieser Befund spricht für nichtluische organische Gehirnerkrankungen in Fällen, bei denen eine alte Lues außerdem besteht, auf die das positiv reagierende Serum hinweist. In der Tat habe ich das gesehen, bei einem gliomatösen Tumor cerebri eines alten Luikers. Bei luischen Erkrankungen im Zentralnervensystem ist die Pleozytose meist wesentlich geringer, eben eine „luische" im Sinne *Nißls*, keine „paralytische". Wesentlich häufiger aber wird der genannte Befund bei Tabes sein, für die er sogar etwas Typisches hat; hierbei habe ich ihn ebenfalls bekommen.

4. Nonne positiv, Wassermann im Blutserum und Liquor positiv, aber die Zell- und Eiweißvermehrung gering oder fehlend. Dieser Befund tritt auf bei Paralyse, Tabes und Lues cerebrospinalis, aber nur in seltenen Fällen, besonders bei den erstgenannten beiden Erkrankungen ist er atypisch.

5. Eiweiß- und Zellbefund vermehrt, Nonne positiv, aber Wassermann in Serum und Liquor negativ. Diesen Befund erhob ich bei einer Paralyse und bei einer wahrscheinlichen Paralyse, deren Diagnose jedoch noch nicht durch die histopathologische Untersuchung gesichert ist. Bei dieser Krankheit ist er jedenfalls etwas absolut Regelwidriges. — Bei Tabes ist er hingegen häufiger; er macht 30% des *Nonne*schen Tabesmaterials aus. Er wurde endlich von mir beobachtet bei nichtluischen organischen Erkrankungen des Zentralnervensystems. So habe ich ihn wiederholt gesehen bei Tumor cerebri — es handelte sich um infiltrierend wachsende Gliome — auch bei multipler Sklerose. In den letztgenannten Fällen waren freilich die Eiweiß- und Zellvermehrungen nicht sehr hochgradig, nicht „paralytisch". Natürlich kommt bei Tumor auch negativer Nonne vor.

6. Wassermann in Blut und Liquor negativ, Nonne ebenfalls negativ, geringe Zell- und Eiweißvermehrung. Ein sehr häufiger Befund, der einen eindeutigen Schluß nicht gestattet; nur eben den fast sichern Ausschluß von Paralyse, den wahrscheinlichen von Tabes. Der Befund trat auf bei Lues, Alkoholismus, Epilepsie — nicht selten —, bei Hirnarteriosklerose und endlich bei manchen Fällen von katatoner Dementia praecox. Letztere hatten klinisch nichts besonders Gemeinsames, etwa die Schwere oder dgl.

War in dieser Kategorie, also bei negativem Wassermann in Serum und Liquor und negativem Nonne, die Vermehrung von Zell- und Eiweißgehalt eine sehr hochgradige, so handelte es sich in der Regel um meningeale entzündliche Prozesse, bei Leukozytose um Eiterungen; nur zweimal sah ich diesen Befund bei Tumor cerebri.

War, bei negativen sonstigen Befunden, viel Eiweiß, aber wenig Zellgehalt im Liquor, so handelte es sich regelmäßig um Tumor cerebri;



nur einmal sah ich das bei Arteriosklerose des Gehirns, einmal bei Pachymeningitis.

War umgekehrt bei sonstigen negativen Befunden wenig Eiweiß und sehr starke Pleozytose, was *Nißl* etwa als „paralytische" Vermehrung bezeichnet, so lag — in den wenigen Fällen, die ich davon überhaupt sah, tuberkulöse Meningitis vor.

7. Um noch einige ganz seltene Ausnahmebefunde zu erwähnen: isolierten positiven Nonne bei negativem Ausfall aller übrigen Reaktionen sah ich einmal bei Tumor cerebri, einmal bei Hirnarteriosklerose, für die *Nonne* diesen Ausfall bisher immer bestritten hat, und zweimal bei dementer Epilepsie. — Das Umgekehrte, isolierten negativen Nonne bei positivem Ausfall aller andern Reaktionen, habe ich niemals gesehen. Hingegen sah ich bei einigen Paralysen den paradoxen Befund eines sehr stark positiven Nonne bei relativ geringer Gesamteiweißvermehrung, so daß die absoluten Werte beider gleich groß waren.

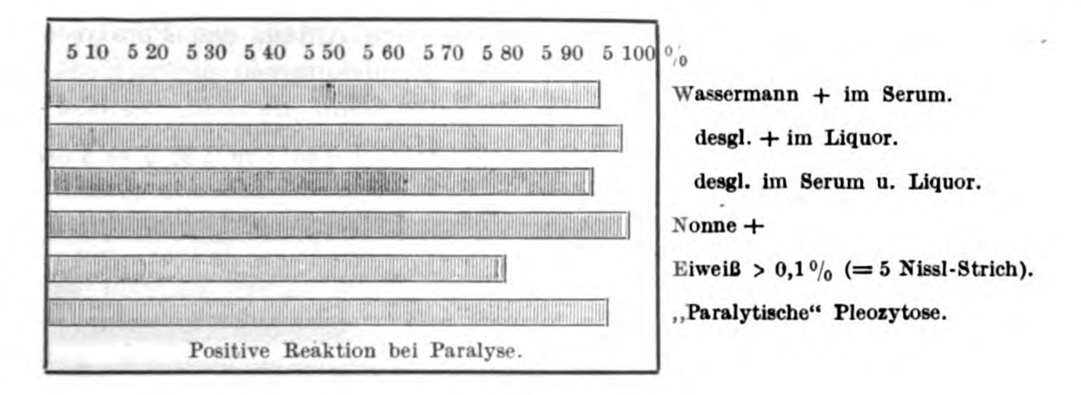
Was folgt aus alledem Generelles? Positiver Nonne und zugleich positiver Wassermann im Liquor sprechen für Paralyse mit sehr großer, für Tabes und für Lues cerebrospinalis mit etwas geringerer Wahrscheinlichkeit. Positiver Nonne bei negativem Wassermann im Liquor schließt Paralyse fast sicher, Tabes jedoch nicht aus, spricht aber in erster Linie für eine nichtluische Erkrankung organischer Art, insbesondere für Tumor cerebri.

Aus den Zell- und Eiweißbefunden allein kann man die analogen Schlüsse ziehen wie aus den vorhergenannten Befunden, aber mit einer sehr viel geringeren Wahrscheinlichkeit. Die sehr weitgehende Spezialisierung, die in den diagnostischen Schlüssen eintritt bei einer Kombination aller Reaktionen, geht — wie ich gezeigt zu haben glaube, aber nur in ganz besonders gelagerten Fällen bis zur sicheren und eindeutigen Diagnose; sie ersetzt also die klinische Arbeit keineswegs, sondern macht sie nur zielbewußter. Daß dies so ist, ergibt sich allein schon aus der Tatsache, daß selbst der negative Ausfall sämtlicher Reaktionen eine organische Erkrankung des Zentralnervensystems keineswegs sicher ausschließt.

Zum statistisch bestimmbaren Maß der Spezifität einer Reaktion — sobald darunter nur die empirische Koinzidenz der Reaktions- und der entsprechenden klinischen Befunde verstanden wird, ohne alle pathogenetischen Hypothesen — dient erstens die Häufigkeit, zweitens die Ausschließlichkeit des Zusammentreffens der bestimmten Reaktion mit der bestimmten Erkrankung. Was zunächst die Häufigkeit anlangt, mit der positive Reaktionen bei Paralyse, negative bei nichtparalytischen organischen Hirnprozessen sich vorfinden, so veranschaulicht sie Fig. 1 (s. folgende Seite).

Um für den zweiten der in Frage kommenden Faktoren, die Ausschließlichkeit der Koinzidenz, einen Maßstab zu gewinnen,





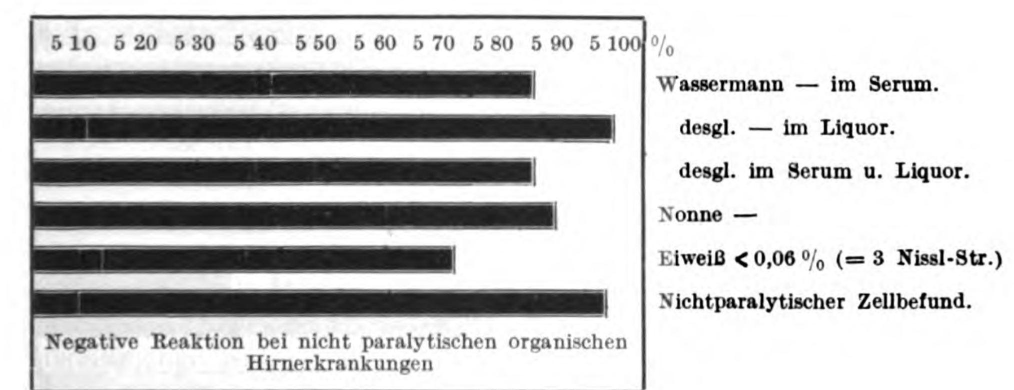


Fig. 1.

wird zunächst die statistische Breite der positiven Reaktionsausfälle zu vergleichen sein mit derjenigen des Vorkommens von Paralyse. Fig. 2 gibt diesen Vergleich in Prozentzahlen graphisch wieder. Die Zahl der einzelnen positiven Reaktionen auf 100 Krankheitsfälle bleibt durchgehends etwas kleiner, wenn auch nahezu gleich groß, wie die entsprechende Zahl von Paralysefällen auf 100 Gesamtfälle des Heidelberger Punktionsmaterials; nur die *Nonne*sche Reaktion macht eine sehr deutliche Ausnahme: die Häufigkeit ihres positiven Ausfalles geht erheblich über die Zahl der Paralysen hinaus.

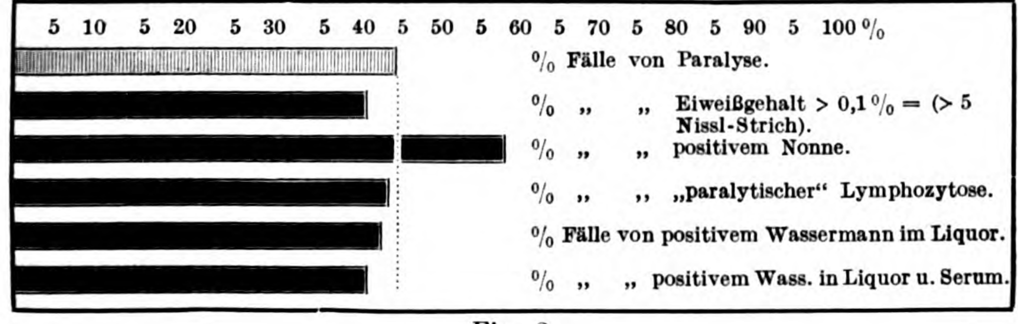


Fig. 2.

Eine noch klarere Veranschaulichung dieses Sachverhaltes gibt Fig. 3. Sie legt zum Grunde die Zahl der einzelnen Reaktionsergebnisse

und veranschaulicht graphisch den prozentuellen Anteil, den Paralysen und Nichtparalysen organischer Art am Zustandekommen dieser Reaktionsausfälle besitzen.

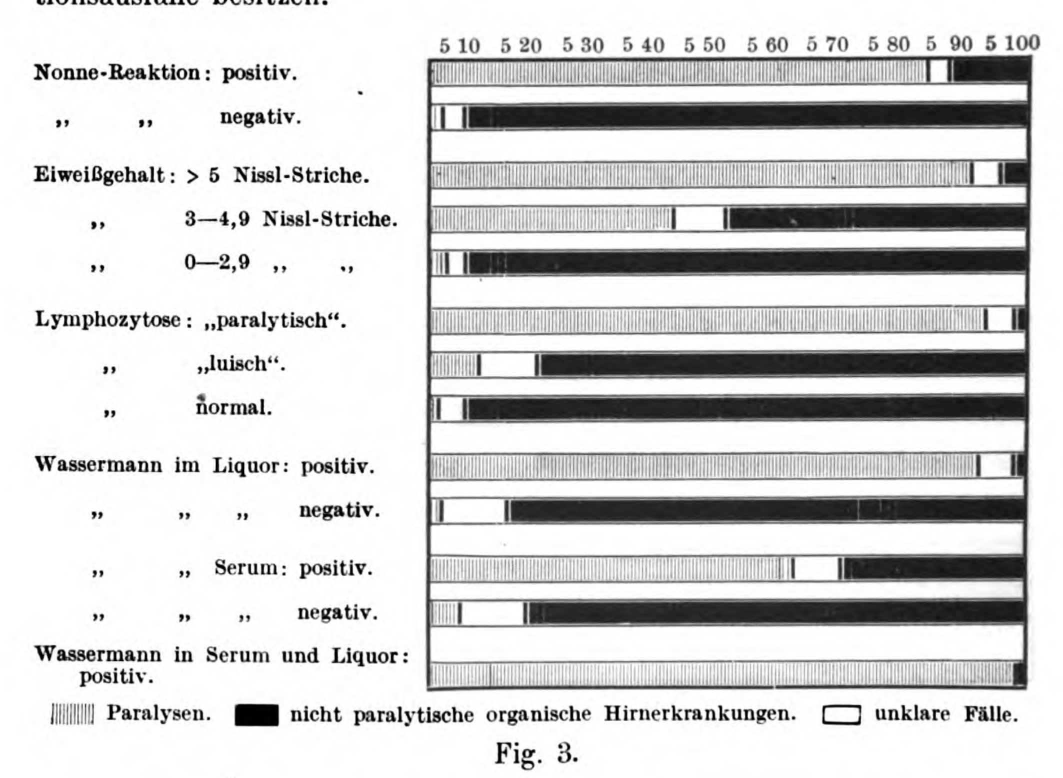


Fig. 3.

Eine besondere Betrachtung möchte ich der *Nonne*schen Reaktion widmen, weil ihre Quantifizierung nach *Ranke* hier zum ersten Male mitgeteilt wird. In Fig. 4 ist die Verteilung der positiven Reaktionen bei Paralysen und Nichtparalysen graphisch dargestellt, und zwar so, daß auf der Abszisse die wachsenden Mengen in *Nißl*-Strichen, auf der Ordinate die jedem Quantum zugeordnete Zahl von Fällen, in denen es vorkam, abgetragen wurde. Man sieht einmal das quantitative Verhältnis des Vorkommens von positivem Nonne bei Paralysen und Nichtparalysen sehr klar: wieviel seltener das letztere doch ist; sodann sieht man, daß das Quantum der mit Ammonsulfat ausgefallenen Stoffe bei Nichtparalysen in der großen Mehrzahl der Fälle ein wesentlich geringeres ist als in der Mehrzahl der Paralysefälle. Auf einer weiteren Kurve dieser Figur ist die zahlenmäßige Verteilung der Fälle von Paralyse auf ihren Gehalt an Gesamteiweiß wiedergegeben, und zwar derselben Fälle, deren *Nonne*-Reaktion in ihrer quantitativen Verteilung auf der bereits besprochenen Kurve dargestellt war. Man sieht einen ungefähren Parallelismus in der Häufigkeitsverteilung der Gesamteiweißquanten und derjenigen der „Globulin"-Quanten, und zwar ist das statistisch häufigste Verhältnis beider wie etwa 7 : 3.

Um zu ermitteln, ob hier eine Konstante vorläge, und ob überhaupt aus dem Verhältnis des Gesamteiweißes zu der Menge der mit Ammonsulfat fällbaren Substanzen etwas diagnostisches zu folgern sei, wurde in Fig. 5 dieser Quotient bezüglich seiner Verteilung auf Paralysen und nichtparalytische Hirnerkrankungen auf ein graphisches Schema gebracht. Es zeigt sich in der Tat, daß, je geringer das „Globulin"-Quantum im Verhältnis zur Gesamteiweißmenge ist, um so weniger Fälle von Paralyse daran teilhaben; in dem Maße als diese Beziehung sich ändert, je mehr also von dem Gesamteiweiß zugleich auch durch Ammonsulfat fällbar ist, um so größer wird die Wahrscheinlichkeit, daß es sich um eine Paralyse handelt, ganz unabhängig von den absoluten Mengen. Hierin liegt vielleicht ebenfalls ein wertvoller diagnostischer Fingerzeig.

Die letzte der zur Liquordiagnostik hinzugetretenen Reaktionen ist die Goldsolreaktion von *Lange*. Die ihr von *Lange* zu-

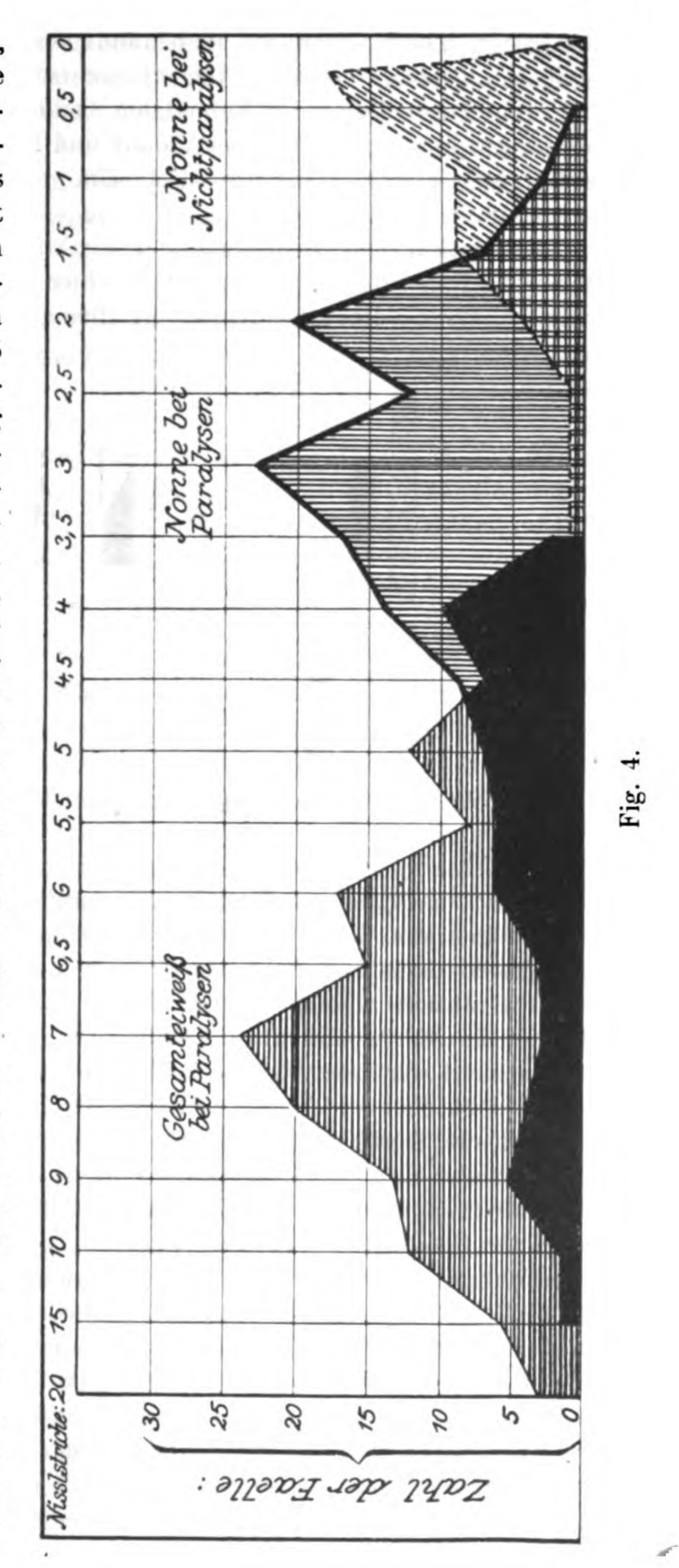


Fig. 4.

grunde gelegte Theorie setze ich als bekannt voraus; ebenso die von ihm ja genau beschriebene Technik. Ich erinnere nur daran, daß der positive Ausfall, die Ausflockung des kolloidalen Goldes, an einem Farbenumschlag der purpurroten Farbe über Violett und Blau ins Weißlich-Farblose erkennbar ist, und daß die Reaktion eine optimale ist, die in Ausflockungskurven verläuft.

Über die klinische Bedeutung der Reaktion wird an der Hand der Heidelberger Fälle *Ranke* demnächst in einer ausführlichen Publikation berichten. Wenn die allgemeinen Erfahrungen an dem Heidelberger

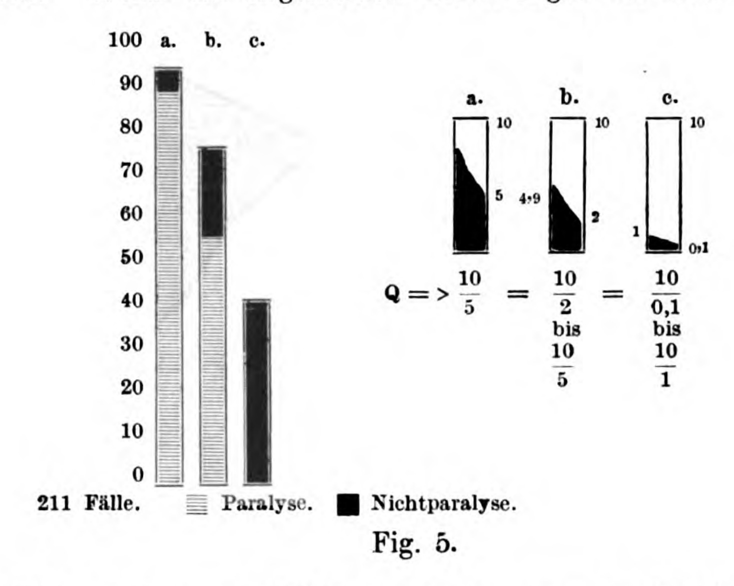


Fig. 5.

Material hier zusammengefaßt vorweggenommen werden dürfen, so läßt ich etwa sagen, daß die allzu enthuasiastischen Darlegungen aus *Wechselmanns* Krankenhaus sich in dieser Form sicher nicht halten lassen, daß aber die Reaktion eine wertvolle Ergänzung der anderen Reaktionen darstellt. Sie ist in klinischdiagnostischer Hinsicht nicht brauchbarer, aber auch nicht wertloser als diese. Ihre Bedenklichkeiten: 1. nicht jedes Goldsol gleicht dem andern — weder im Farbton noch in der Ausflockbarkeit; 2. die Abschätzung des Reaktionsaufalles ist recht subjektiv; noch weit mehr als etwa beim Nonne oder Wassermann. Es ist oft willkürlich, ob man in einem Rot schon ein Timbre Blau sieht, oder dgl. Schon deshalb sollte man in der Bewertung der feineren Ausschläge viel vorsichtiger sein, als man heute ist, wo man schon wieder lauter „Spezifitäten" festgestellt haben will. Eine Statistik der Kurven mit deren feineren Details kann man m. E. nicht machen.

Relativ charakteristisch ist die typische Kurve der Lues und der Paralyse. Doch kommen der typischen Paralysekurve ähnliche Werte gelegentlich bei Sklerosis multiplex vor. Einzelne Paralysen hatten die Lueskurve, negative Paralysefälle sah ich nicht. Luesfälle gaben zuweilen uncharakteristische Reaktionen, aber nur sehr selten waren sie



negativ. Zentralnervenlues unterschied sich ebensowenig gesetzmäßig von anderer Lues wie Lues latens. Doch sind diese Trennungen ja durch die Kombination mit den vorher besprochenen Reaktionen leicht durchzuführen. Aber vor allem: bei Nichtluikern kommt die Lueskurve gar nicht so selten vor, auch wenn Wassermann negativ im Serum und Liquor ist. So bei Hirnarteriosklerose, alkoholischer Hirnerkrankung und Dementia praecox. Gerade bei letzterer gibt die Goldsolreaktion überhaupt mannigfache positive, aber untypische Ausschläge. Gesetzmäßige Beziehungen zwischen den Goldsolkurven, ja auch nur der Positivität im allgemeinen, und den andern Liquorreaktionen fanden sich — im Gegensatz zu *Eicke*, nicht. Mit der einen, schon von *Lange* bemerkten Ausnahme — die aber auch nicht völlig durchgängig zutrifft: daß zwischen der Intensität der Ausflockung bei Paralyse und der Intensität der *Wassermann*schen Reaktion im Liquor eine Zuordnung im Sinne des Parallelismus besteht; je mehr Gläser eine totale Entfärbung des Goldsols aufweisen, um so stärker verdünnt wird der betr. Paralyseliquor nach *Wassermann* noch positiv reagieren.

Diskussion. — *Emanuel*-Charlottenburg: Ich glaube, wir müssen dem Vortragenden für die ausführliche Mitteilung seiner Erfahrungen, die er so übersichtlich dargestellt hat, dankbar sein; sie decken sich im wesentlichen mit den Angaben der einschlägigen Literatur, und ich kann sie auch auf Grund meines eigenen Materials in der Hauptsache bestätigen. Ganz besonders unterstütze ich die Forderung *Kronfelds*, daß der Untersucher womöglich selbst die Fälle auch klinisch behandeln soll, oder, wo sich das nicht erreichen läßt, in möglichst innigem Konnex mit dem klinischen Verlauf der Erkrankung bleibt. — Ich habe den Eindruck gewonnen, daß in Anstalten im allgemeinen noch zu wenig punktiert wird. Die Unannehmlichkeiten der Punktion werden überschätzt, vielleicht auch aus dem Grunde, weil man noch vielfach die dicken Stahlkanülen benützt, anstatt der viel angenehmeren und gefahrlosen dünnen Platinkanülen.

Bei der Untersuchung der Spinalflüssigkeit bei Tabes und Lues cerebri habe ich doch nicht ganz so selten, wie der Vortr., auch ohne das Auswertungsverfahren, positiven Wassermann gesehen. — Bei der Zelluntersuchung ziehe ich die *Fuchs-Rosenthal*sche Methode der französischen, die manche Fehlerquellen bietet, schon aus dem Grunde vor, weil man mit viel geringeren Liquormengen auskommt. — Von der *Lange*schen Reaktion scheint man doch eine Bereicherung und Verfeinerung der Untersuchungsmethoden erhoffen zu können. Allerdings ist die Herstellung der kolloidalen Goldlösung recht mühsam und die Unterscheidung der Farbentöne bei der Reaktion bietet gewisse Schwierigkeiten.

Frenkel-Heiden-Berlin: Die Bemerkungen des Herrn *Emanuel* betreffs der Ungefährlichkeit der Lumbalpunktion und der Anwendung



dünner französischer Nadeln sind ganz richtig, bieten aber nichts Neues, da schon wiederholt seit Jahren von mir und anderen diese Punkte hervorgehoben worden sind. — Der Vortr. hat mit einem großen Aufwand von Arbeit die brennendsten Fragen der neurologischen und psychiatrischen Diagnostik durchgenommen, und wenn ich ausführlich auf seine Erörterungen eingehen wollte, so würde das bei weitem den Raum der Diskussion überschreiten. Ich möchte daher nur auf einige der wichtigsten Fragen kurz eingehen. Das Material, über welches ich verfüge, ist ebenfalls recht beträchtlich, es beträgt über 4½ Tausend meist eingehend untersuchter Fälle aus der *Bonhöffer*schen Klinik. Die Resultate hängen wie überall auch hier von der angewandten Methodik ab, und solange über diese keine Einheit herrscht, ist auch eine detaillierte Beurteilung der Einzelresultate nicht möglich. Was zunächst die *Wassermann*sche Reaktion betrifft, so hängt der quantitative Ausfall derselben im wesentlichen von der Art der angewandten Extrakte (Antigene) ab. Ich habe schon in meiner ausführlichen Polemik mit *Nonne* und Gen. vor ein paar Jahren den Vorzug der wässrigen Antigene gegenüber den alkoholischen hervorgehoben und muß jetzt diese Meinung noch besonders unterstreichen. Die alkoholischen Extrakte sind für das Blutserum im allgemeinen brauchbar, versagen aber in Feinheiten. Für die Spinalflüssigkeit sind sie oft unbrauchbar. Der von *Nonne* und Gen. benutzte alkoholische Ochsenherzextrakt ist der unzuverlässigste von allen alkoholischen Extrakten. Die Kochsalzemulsion des mit Äther oder Azeton extrahierten Menschenherzbreies versagt nie und ist monatelang unverändert haltbar. Benutzt man Extrakte, welche nach den bekannten Kriterien sich als vorzüglich erwiesen haben, so ist es unmöglich, aus der Art der Reaktion eine Differentialdiagnose zwischen Tabes und Lues cerebrospinalis festzustellen. Denn beide Krankheiten reagieren in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle positiv, sowohl im Blut als im Liquor. In betreff der Eiweißbestimmung dürfte wohl bald allgemeine Übereinstimmung darüber erzielt sein, daß die *Nonne-Apelt*sche Ammoniumsulfatprobe keine spezifische Reaktion auf Metalues bedeutet, sondern einfach eine Vermehrung des Eiweißes nachweist, wobei nachdrücklich zu betonen ist, daß „Spur-Opaleszenz“ und „Opaleszenz“ ü b e r h a u p t keine diagnostische Bedeutung haben. Den größten positiven Ausfall der *Nonne-Apelt*schen Reaktion fand ich bei Meningitis und Tumoren. — Ich komme nun zu dem nach meiner Auffassung wichtigsten diagnostischen Befund, zu der Zellreaktion im Liquor. Die Vermehrung der weißen Zellelemente ist das wichtigste Zeichen, und es ist wahrscheinlich die Eiweißreaktion proportional zur Stärke der Zellvermehrung. Wichtig sind aber nicht bloß die quantitativen Verhältnisse, sondern auch die Qualität der Zellen, und es wäre verdienstlich, Methoden aufzufinden, um die Zellen möglichst unverändert der Untersuchung zugänglich zu machen. — Nicht zu entbehren ist nach meiner Meinung die Betrachtung des (zentrifugierten)



[uorinhaltes im ungefärbten Zustand. Ich verweise in der Be- ıung auf meine Arbeit im Neurol. Zentralblatt. — Was die Sol- ktion von *Lange* betrifft, so muß erst die Zukunft deren Bedeutung rstellen.

Emanuel-Charlottenburg: Ich erlaube mir an Herrn *Frenkel*, mit n ich seinerzeit, im Anschluß an seinen Vortrag in der Gesellschaft Psychiatrie und Neurologie über die Statistik der Blutuntersuchung Paralytikern diskutierte, die Anfrage, wieviel positive Blutreaktionen Paralyse er jetzt hat; damals gab er im Gegensatz zu den 100 % der isten anderen Untersucher 80 % an.

Frenkel-Heiden-Berlin: Jetzt 100 %.

Paul Bernhardt-Dalldorf: Aus der Berliner Familien- lege (1. Teil).

Es geht nicht an, irgendeine Familienpflege mit einer anderen hlenmäßig zu vergleichen. Nicht einmal die der verschiedenen Berliner nstalten können einfach statistisch untereinander verglichen werden; schweige denn die verschiedener Städte, von Stadt und Land, von rschiedenen Gegenden. Geographische Lage, Bevölkerung, Kranken- ıaterial, Verwaltungsgrundsätze, Persönlichkeiten, Armengesetzgebung nd anderes schaffen überall verschiedene Bedingungen. Anstaltspfleger- örfer — schon in Rücksicht auf aufzunehmende Familienpfleglinge gebaut — ind eigentlich gar keine Familienpflege. Drei Haupttypen (*Moeli*): Familien- pflege ganz selbständig (schottisches System), Familienpflege um eine leine Zentrale (Gheel, Ilten, Jerichow, Eberswalde u. a.), Familienpflege m Anschluß an eine große Irrenanstalt. Zu letzterem Typ gehört Dall- lorf. Dalldorf hat eigentlich zwei Pflegen. Die eine, entlassene Zöglinge ler Idiotenanstalt umfassend, untersteht leider nur pädagogischer Aufsicht. Die eigentliche Irrenpflege umfaßte am 31. III. 1913 165 Männer und 158 Frauen, dürfte also zahlenmäßig die größte im deutschen Sprachgebiete ein. *B.* berichtet nur über die Frauen. Drei Gruppen von Pfleglingen ann man unterscheiden: 1. Beruhigte oder blöde chronische Kranke, . Rekonvaleszenten zur Überleitung ins Erwerbsleben, 3. Versuchweise n Pflege gegebene, um „Versetzungsbesserungen" zu erzielen oder um im iegenteil dem Patienten oder seinen Angehörigen die Unmöglichkeit des)raußenlebens zu beweisen. Die Kranken drängen vielfach in die Pflege infach aus einem ideellen menschlichen Freiheits gefühl heraus. Ioderne Überspannung des Krankenhauswesens der Irrenanstalten und or allem bureaukratische Einschnürung, bei der der Patriarchalismus ınd die Rücksicht auf persönliche Behaglichkeit nicht zu ihrem Rechte ommen, drücken feiner empfindende Kranke nieder und machen die Einrichtung der Familienpflege vielfach um so notwendiger.

Die 158 Frauen verteilen sich nach Arten der Krankheit:



Paranoische, Katatonische, Dementia praecox in Remission	74
Melancholische und Zirkuläre im Intervall	9
Imbezille	33
Idioten	15
Hysterische	6
Senile und Organische	6
Epileptiker	2
Paralyse in Remission	6
Alkoholistinnen	7
	158

Dem gegenwärtigen Anstaltspersonal ist die Aufnahme von Pfleglingen verboten. Auch das frühere kommt immer weniger in Betracht. Auch ist unser Personal nicht recht geeignet. Ganz arme Leute sind ungeeignet. Die Pflegestellen sind ganz verschieden, vom einfachen Arbeiter bis zur Witwe aus hohen Beamtenkreisen. Freie Pfleglinge (meist Kommunalkranke) in Privatirrenanstlaten, aber auch z. B. in einem Kinderrettungshaus in der Provinz, haben sich als gut bewährt. Die Hauptsache ist immer eine gewisse patriarchalische und selbst fromme Gesinnung, die sich, bei der Buntheit der Bevölkerung in der Großstadt und Umgebung wohl finden läßt! Das Pflegegeld schwankt je nach den nützlichen Diensten, die der Pflegling zu leisten vermag, von 5 bis 36 Mk monatlich, meist 30 Mk. Kleine, halbländliche, alte Einfamilienhäuser, die sich aus alter Zeit in der nördlichen Umgebung Berlins öfter finden, sind besonders geeignet. Dalldorf hat ein sehr großes Überangebot von Pflegestellen. Die überhaupt in Betracht gezogenen werden sowohl vom Pflegearzt, als auch von der Armenkommission, außerhalb Berlins vom Gemeindevorsteher geprüft. Große Erfahrung, Kenntnis sozialer Verhältnisse und viel Skepsis ist für den Pflegearzt in der Großstadt nötig; namentlich auch, um geeignete Pfleglinge in eine Stelle zu bringen, die ihm Sprungbrett zum Dienstboten oder zur gewerblichen Arbeiterin werden kann.

Allmonatlich stellt sich die Mehrzahl der leidlich rüstigen Pfleglinge in der Anstalt vor; daß Arzneien aus der Anstaltsapotheke verschrieben werden, dabei Kleidungsstücke, Bademarken, gelegentlich Taschengeld ausgegeben werden, bewirkt, daß sich die Pfleglinge nicht unter allerhand Vorwänden dem Besuch beim Pflegearzt in der Anstalt entziehen. Bei diesen Besuchen in der Anstalt erhält man manchmal einen besseren Einblick, als in der Pflegestelle selbst; die Kranken sprechen sich eher aus. Jeder Anzeige, auch anonymen Anzeigen, wird sorgfältig nachgegangen. —

Die Fortsetzung des Vortrags wurde der vorgerückten Zeit wegen auf die nächste Sitzung verschoben.

Hans Laehr.



20. Versammlung des Nordostdeutschen Vereins für Psychiatrie und Neurologie am 7. Juli 1913 im Vortragssaal des neuen städtischen Krankenhauses in Danzig.

Anwesend waren: *Aßmann*-Stralsund, *Banse*-Lauenburg, *Berg*-Allenberg, *Boldt*-Graudenz, *Braune*-Conradstein, *Burghoff*-Conradstein, *Dluhosch*-Obrawalde, *Dodillet*-Owinsk, *Eltester*-Kortau, *Ermisch*-Treptow a. R., *George*-Allenberg, *Grünbaum*-Danzig, *Havemann*-Tapiau, *Herse*-Neustadt, *Hieronymus*-Lauenburg, *Kayser*-Dziekanka, *Keil*-Conradstein, *Krakow*-Tapiau, *Krebs*-Allenberg, *Mootz*-Conradstein, *Nieszytka*-Tapiau, *Peters* - Conradstein, *Rabbas* - Neustadt, *Siemens* - Lauenburg, *Steinert*-Speichersdorf, *Stoltenhoff*-Kortau, *Wallenberg*-Danzig, *Wickel*-Dziekanka, *Witt*-Kosten.

Braune als Vorsitzender begrüßt die Erschienenen. Er teilt mit, daß im Februar 1913 Herr Geheimer Sanitätsrat Dr. *Kayser*-Dziekanka auf eine 25 jährige Tätigkeit als Anstaltsleiter zurückblicken konnte, und daß die Geschäftsführer dem Herrn Jubilar die Glückwünsche des Vereins übermittelt haben. Der Vorsitzende beglückwünscht den anwesenden Herrn Geheimrat *Kayser* nochmals mündlich.

Die Kassenrechnung wird durch *Steinert* und *Krakow* geprüft, und es wird den Geschäftsführern Entlastung erteilt.

Als Ort der nächsten Sitzung wird die Anstalt Lauenburg bestimmt, die im Juni 1914 die Feier des 25 jährigen Bestehens begeht, mit der die nächste Sitzung verbunden werden soll. Zu Geschäftsführern werden *Siemens*-Lauenburg und *Kayser*-Dziekanka gewählt.

Ihr Nichterscheinen haben entschuldigt: Geheimer Regierungsrat Landesrat *Kruse*-Danzig, Regierungs- und Medizinalrat *Rathmann*-Marienwerder, *Dubbers*-Allenberg (Geschäftsführer), *Meyer*-Königsberg, *Knecht*-Neuruppin, *Warschauer*-Hohensalza, *von Blomberg*-Kosten.

Es folgen die Vorträge:

Wickel-Dziekanka (Referat): Fortschritte im Bau und in der Einrichtung der Anstalten für psychisch Kranke.

Das Referat ist bereits in Band 70, S. 957 ff. der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie erschienen.

Eine Erörterung schloß sich an das Referat nicht an.

Braune-Conradstein: Beitrag zur medikamentösen Behandlung der Epilepsie. (Behandlung mit Trional.)

Der Vortrag wird demnächst veröffentlicht werden.

Erörterung:



Steinert-Speichersdorf führt an, daß bei drei Melancholikern, drei Frauen, davon eine in schlechtem Ernährungszustand, die sich unter einer medikamentösen Opiumeinwirkung (steigende Kur) befanden und abends während 4—6 Wochen ununterbrochen 1,0—1,5 Trional erhielten, die Nebenwirkungen erheblich stärker auftraten (Somnolenz, Ataxie, in einem Falle Rotfärbung des Urins). Nach Aussetzen des Mittels schneller Ausgleich.

Anfrage, ob ähnliche Erfahrungen bei der Kombination von Trional und anderen Medikamenten von anderen gemacht sind.

Boldt-Graudenz hebt im Gegensatz zum Trional, von dessen Erfolgen er durch die bisherigen Erfahrungen nicht überzeugt ist, den Wert der richtig durchgeführten Opium-Bromkur hervor. Allerdings muß man streng individualisierend unterscheiden zwischen den Epileptikern der Anstalten, bei denen doch vorwiegend die psychische Komponente in Mitleidenschaft gezogen ist, und den ambulanten Kranken der Außenpraxis, bei denen sich das Leiden fast ausschließlich in Konvulsionen äußert.

B. berichtet im Anschluß daran über einige Fälle aus seiner Praxis, bei welchen die Flechsigkur in Anwendung gebracht war; dieselben stehen seit nunmehr 5 Jahren unter Brom, zurzeit noch jeden 2. bis 3. Tag 3,0 Brom; alle drei Patienten (ein Gerichtsaktuar, zwei Gymnasiasten) sind dauernd anfallfrei geblieben und in ihrer körperlichen wie geistigen Leistungsfähigkeit durchaus auf der Höhe.

Vorausbedingung: Absolute Alkoholabstinenz, Einschränkung der Salzzufuhr.

Peters-Conradstein demonstriert eine Tabelle, an der die Häufigkeit der Krampfanfälle im Monat bei den gleichen Patienten, erstens während arzneiloser Behandlung, zweitens während Bromdarreichung, drittens während Trionalmedikation (die Trionalwirkung bei kleineren — 3 × 0,25 g pro die — Dosen und bei größeren — 5 × 0,25 g pro die — Dosen ist gesondert untersucht worden) zu ersehen ist.

Die Ergebnisse sind in den meisten Fällen auf Grund einer Beobachtungszeit von je 5 Monaten für die einzelne Behandlungsmethode gewonnen worden. (Dreimal erstreckte sich die Beobachtungsdauer auf einen kürzeren Zeitabschnitt.)

Eine besondere Diätform haben die Kranken, die ausnahmlos der dritten Verpflegungsklasse angehörten, nicht erhalten. Sämtliche 20 Versuchspersonen (männlichen Geschlechts) waren schon seit längerer Zeit krank — sogenannte „alte Fälle" — und schon mehr oder minder schwachsinnig.

Ergebnisse:

a) Bei 4 Fällen war Brom wirksamer als Trional. — Dreimal war Trional genau so unwirksam, wie wenn keine Medikation verabfolgt wurde.



b) Bei 6 Fällen war Trional wirksamer als Brom. — Dreimal war ›m ganz wirkungslos bzw. steigerte es sogar noch die Zahl der Anfälle ;enüber dem Fehlen jeder Medikation.

c) Bei 5 Fällen zeigten Brom und Trional etwa gleich gute Wirkung.

d) Bei 1 Fall war die Zahl der Anfälle am geringsten beim Fehlen er Medikation.

e) Bei 2 Fällen war Brom bisher nicht angewendet worden. In dem en Fall wirkte Trional unwesentlich; in dem anderen Fall vermehrten h sogar die Anfälle gegenüber dem Fehlen jeder Medikation.

f) Bei 2 Fällen erfolgten unter Trionalmedikation viel mehr Anfälle unter Brommedikation; doch wirkte Trional in beiden Fällen weit ırker sedativ als Brom.

Zu Punkt f ist zu bemerken, daß die sedative Wirkung eines Mittels i geistig siechen, der Anstaltspflege dauernd bedürftigen Epileptikern ne Zweifel bedeutungsvoller ist als die krampfmindernde.

Gerade als Sedativum leistete Trional auch bei einem Teil der anderen ılle Vorzügliches. Das ist unter anderem daraus zu ersehen, daß bei unter 18 Fällen, die größere bzw. kleinere Trionalgaben regelmäßig ehr als 10 Monate erhalten hatten, nach plötzlichem Aussetzen des ittels die epileptische Charakterveränderung und psychomotorische ınruhe stärker in die Erscheinung traten.

Auf Grund dieser Beobachtungen scheint in einer Reihe von Fällen lie Kombination von Brom und Trional wertvoll zu sein, da öfters nur lie sedative oder die krampflindernde Komponente eines der Mittel isoliert ur Wirkung kommt. Es konnte in solchen Fällen wahrscheinlich die ıusgefallene Komponente des öfteren mit Erfolg durch das andere Mittel rsetzt werden.

Beim Trional muß streng individuell die am günstigsten wirkende agesmenge ausgewertet werden.

Bei 16 Fällen, die regelmäßig 5 Monate mit 3 × 0,25 Tr. pro die ınd die nächsten 5 Monate mit 5 × 0,25 Tr. pro die behandelt worden ind, erfolgten die Krampfanfälle, während dieser Zeit, am seltensten:

a) siebenmal bei Anwendung der größeren Dosen (Trionalmedi-ation an sich mit einer Ausnahme von vorzüglicher Wirkung);

b) fünfmal bei Anwendung kleinerer Dosen (Trionalmedikation ı sich zweimal von guter, einmal von mäßiger, einmal von keiner, einmal on ungünstiger Wirkung);

c) viermal war die Wirkung größerer und kleinerer Dosen gleich Trionalmedikation an sich einmal von guter, einmal von mäßiger, einmal on keiner, einmal von ungünstiger Wirkung). — Es ist hier stets nur on der krampfherabsetzenden Komponente des Mittels die Rede.

Man ersieht aus diesen Angaben, daß die Fälle, die auf die größeren osen am besten reagieren, an sich für die krampfherabsetzende Wirkung es Mittels weit empfänglicher sind als die anderen.



Anzahl der epileptischen Krampfanfälle bei Brom-, Trional- und arzneiloser Behandlung.
Die Beobachtungsdauer erstreckt sich jedesmal[1]) auf 5 Monate.

Lfd. Nr.	Name	Anfälle im Monat bei arzneiloser Behandlung	Anfälle im Monat bei Brom-darreichung	Anfälle im Monat bei Trional-darreichung a) kleine Dosen 3 × täglich 0,25	Anfälle im Monat bei Trional-darreichung b) größere Dosen 5 × tägl. 0,25, in einem Fall 3 × tägl. 0,5	Gemütszustand nach plötzlichem Aussetzen des Trionals
1	Kw.	6 Januar-Mai 1909	2 (5 g Brom)		$2\frac{2}{5}$ (3×0,5 Tr.) Januar-Mai 1913	Angstzustände und Benommenheit.
2	Se.	$1\frac{4}{5}$ Januar-Mai 1910	0 (2,5 g Br.)	$\frac{1}{5}$ August-Dezember	0	Etwas lebhafter und gesprächiger, ohne daß sein Betragen dadurch aber ungünstig beeinflußt würde.
3	Be.	33 Januar-Mai 1910	$48\frac{4}{5}$ (5 g Br.) Januar-Mai 1912	$26\frac{2}{5}$ August-Dezbr. 1912	$32\frac{2}{5}$ Januar-Mai 1913	Renitenter, schläft schlecht.
4	Br.	$8\frac{4}{5}$ Januar-Mai 1912	$4\frac{2}{5}$ (5 g Br.) Aug.-Dezbr. 1910	$10\frac{2}{5}$ August-Dezbr. 1912	$5\frac{3}{5}$ Januar-Mai 1913 $5\frac{4}{5}$ bis 1,5 Tr. im Januar-Mai 1910	Schläft schlecht, reizbar, schwer zu behandeln, besonders beim Essen.
5	V.	eignen sich nicht für die Trionalbehandlung, nehmen Trional wie Brom nur sehr unregelmäßig.				
6	Rei.					
7	Do.	$7\frac{1}{2}$ Januar-Mai 1912	Nie regelmäßig Brom erhalten	$5\frac{1}{5}$ August-Dezbr. 1912	$5\frac{2}{5}$ Januar-Mai 1913	Poltert mehr, größere Bewegungsunruhe, schlechter Schlaf.
8	Olsc	$2\frac{3}{5}$ Jan.-Mai 1912 ganz ausnahmweise Chl. oder etwas Kbr.	$4\frac{1}{5}$ (5 g Kbr.) Januar-Mai 1909	$1\frac{3}{5}$ August-Dezbr. 1912	$1\frac{1}{5}$ Januar-Mai 1913	Periodiker, nach Aussetzen des Trionals neuer manischer Erregungszustand eingesetzt.
9	Br.	6 Januar-Mai 1909	$4\frac{1}{5}$ Januar-Mai 1911		4 Januar-Mai 1913	Einige Zeit nach Aussetzen gehäufte Anfälle (auch früher des öfteren status).

[1]) Einige Ausnahmen sind in der Tabelle besonders gekennzeichnet.



10	Sch.	Stets Arznei erhalten	$2^{[illegible]}/_5$ (5 g) Januar-Mai 1911	9 Sept.-Dezbr. 1912 Trotz der gehäuften Anfälle psychisch bedeutend ruhiger	$7^{[illegible]}/_5$	Spricht sehr viel, drängt auf seine Entlassung usw. Während der Trionaldarreichung über $^3/_4$ Jahr ruhig, während früher (Brom-) periodische Erregungszustände.
11	To.	Erst seit 30. 9. 1912 in der Anstalt. Stets Arznei erhalten	29 Oktober 1912	14 Nov.-Dezbr. 1912	$7^1/_4$ Januar-April 1913	
12	Pi.	5 Januar-Mai 1912	$3^1/_5$ (2,5 g Br.) Januar-Mai 1909	3	2	Zeitweise Körperunruhe, während früher dauernd gleichmäßig ruhig.
13	Ruch.	$7^2/_5$ Januar-Mai 1912	Jan.-Mai 1908 $6^2/_5$. $2^1/_2$—$7^1/_2$ g (hohe Dosen b. Erregung)	$6^3/_5$ August-Dezbr. 1912	$4^4/_5$ Januar-Mai 1913	Nichts Bemerkenswertes.
14	Ti.	$4^3/_5$ Januar-Mai 1909	$2^3/_5$ (2,5—5 g Br.) Januar-Mai 1912	$3^1/_5$ August-Dezbr. 1912	$1^4/_5$ Januar-Mai 1913	Nichts Bemerkenswertes.
15	Ra.	$3^1/_5$ Juni-Okt. 1911	$3^3/_5$ (2,5 g Br.) (2,5 g Br.) dazu ganz wenige selten gaben Tr. u. Chlbr.) Nov. 1911—März 1912	$4^3/_5$ August-Dezbr. 1912	$4^2/_5$ Januar-Mai 1913	Zeitweise psychomotor. Erregungszustände, in denen er aus dem Bett drängte. Schläft viel schlechter.
16	Ju.	$15^3/_5$ Januar-Mai 1909	$8^2/_5$ (2,5 g Br.) Aug.-Dezbr. 1911	8 August-Dezbr. 1912	$10^2/_5$ Januar-Mai 1913	Nichts Bemerkenswertes.
17	Se.	$2^3/_5$ Januar-Mai 1912	Nie Brom erhalten	5 August-Dezbr. 1912	$6^3/_5$ Januar-Mai 1913	Nichts Bemerkenswertes.
18	Jae.	$3^2/_5$ Januar-Mai 1911	$^2/_5$ (2,5 g Br.) Januar-Mai 1912	$3^2/_5$ August-Dezbr. 1912	3 Januar-Mai 1913	Nichts Bemerkenswertes.
19	Wi.	$18^2/_5$ Januar-Mai 1908	$4^4/_5$ Januar-Mai 1912	7 August-Dezbr. 1912	$18^1/_5$ Januar-Mai 1913	Nichts Bemerkenswertes.
20	Ko.	Stets Arznei erhalten	$3^3/_4$ Sept.-Dezbr. 1911	$15^3/_5$ August-Dezbr. 1912	18	
				Trotz der gehäuften Anfälle psychisch viel ruhiger.		

Nierenschädigungen habe ich bei der von mir angewandten Methodik (fraktionierte Dosen und regelmäßige Gaben von Magnesia usta — Alkali und leichtes Laxans! —) nicht beobachtet.

Havemann-Tapiau: Allgemein gültige Sätze lassen sich m. E. über Epilepsiebehandlung nicht hinstellen. Individualisieren ist die Hauptsache. Ich habe in einem Falle guten Erfolg von Paraldehyd gesehen, wo Brom, Opium, Amylenhydrat u. a. nichts nützten.

Burghoff-Conradstein: Die auf der Frauenabteilung der Anstalt Conradstein durchgeführten Versuche mit Trional bei Geisteskranken mit epileptischer Seelenstörung hatten kurz folgendes Ergebnis:

Bei einer kleinen Gruppe, 2 von 28 Kranken, wurde Trional gar nicht vertragen, die Anfälle häuften sich so, daß zu Brom übergegangen werden mußte, auch verschlechterte sich der psychische Zustand, es traten Erregungen und Verwirrtheit auf. Bei allen übrigen Kranken hatte das Trional die beste Wirkung. Bei 5 Patienten vermehrten sich die Anfälle nicht, wenn Brom ganz ausgesetzt wurde und statt dessen nur Trional gereicht wurde in Mengen von zwei- bis dreimal täglich 0,5 Trional. Das psychische Verhalten zeigte sich insofern günstig beeinflußt, als Erregungen und Verwirrtheit in der Versuchsperiode nicht auftraten. Eine Patientin, die sechste unter den übrigen 26 Kranken, befand sich nur gut bei Trional (zweimal 0,25 Trional täglich). Während sie unter Brombehandlung (täglich bis 10 g Brom) erregt und verwirrt wurde, trat sofort nach Aussetzen des Broms und bei Darreichung von Trional Beruhigung ein, wenn auch die Anzahl der Krämpfe nicht beeinflußt wurde. Diese Reaktion auf Brom bezüglich Trional konnte mehrfach durch Wechseln des Mittels willkürlich ausgelöst werden. Bei den übrigen 20 von 28 Patientinnen wirkte eine Gabe von 0,5 Trional morgens neben 2,5 bis 5,0 Brom täglich insofern günstig, als die Erregungszustände, wegen deren die Patienten der Anstalt zugeführt wurden, milder verliefen oder ganz ausblieben.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß das Trional gegebenenfalls bei epileptischer Seelenstörung besser wirken kann als Brom, wenn es auch ebenso in einzelnen Fällen völlig im Stich läßt, und daß es durchschnittlich in Kombination mit Brom zur Erzielung von Beruhigung beiträgt und die Herbeiführung eines Zustandes beschleunigt, in dem die Kranken sich in ihrer Umgebung sozial verhalten.

Die Kontrolle des Harns hat in den angeführten Fällen eine Nierenschädigung bei den gereichten Mengen bis zu 3 × 0,5 g nicht zur Folge gehabt.

Steinert-Speichersdorf: Aus dem Referat läßt sich ein abschließendes Urteil über die Einwirkung des Trionals bei Epileptikern gegenüber dem Brom nicht fällen. Es fehlen vor allen Dingen die Angaben über die Diät (salzarme Kost) bei einem Teil der angeführten Fälle.

Wickel-Dziekanka: Die vor Zeiten angegebene Kombination von

ional und Paraldehyd (0,5 Trional + 3—4 ccm Paraldehyd) hat sich i Erregungszuständen bewährt.

W. hat 2 Fälle heftigsten Reißens bei Katatonikern, als motorische eizerscheinung aufgefaßt, beobachtet, bei denen bei 4 g (2 + 2 g) Brom- ıtron das Reißen ganz sistierte. Bei Aussetzen kehrte es wieder.

Dodillet-Owinsk weist darauf hin, daß man in der Kombination on Opium mit Trional, selbst in geringen Dosen (Trional 0,5) recht vor- chtig sein muß, da bei dieser Kombination ungünstige Folgeerscheinungen fter beobachtet worden sind.

Braune-Conradstein (Schlußwort): Die Zahl der für die Behandlung ler Epilepsie empfohlenen Mittel ist sehr groß. Aber aus den in Conrad- tein angestellten Versuchen geht hervor, daß das Trional ebenfalls ver- lient bei der Epilepsie angewendet zu werden. Es kann in vielen Fällen ;tatt des Brom gegeben werden, ohne daß eine Verschlechterung des Be- ïndens der Kranken eintritt, oder daß die Zahl der Krämpfe zunimmt. In manchen Fällen wirkte es besser, und in dem einen vorhin von Dr. *Burg- hoff* angeführten Fall wirkte die Darreichung von Brom geradezu wie in einem Experiment verschlechternd, während die Verabreichung von Trional regelmäßig wieder einen erträglichen Zustand herbeiführte.

In Conradstein hat sich die gleichzeitige Verordnung von Trional und Brom gut bewährt.

Im allgemeinen war das Verhalten der Epileptischen unter Trional- behandlung wesentlich ruhiger, sie neigten weniger zu Zank und waren imstande sich mehr zu beschäftigen.

Die Gefährlichkeit des Trionals wird häufig überschätzt. Wenn die erforderlichen Vorsichtsmaßregeln beobachtet werden, kann Trional längere Zeit unbedenklich verabfolgt werden.

Banse-Lauenburg: Ein Fall von Psychose nach Erhängen.

Ein anscheinend gesunder 19 jähriger Lehrling erhängt sich aus Spielerei. Nach etwa 10 Minuten wird er abgeschnitten und wiederbelebt. Ungefähr 3½ Stunden später, bei völliger Bewußtlosigkeit, große moto- rische Unruhe und eigenartige Jaktationen. Es resultiert ein Zustand hochgradiger Bewußtseinstrübung mit aphatisch-apraktischen Sym- ptomen, leichten Spasmen, zerebraler Ataxie, Pupillenstörung. In den ersten 6 Wochen langsame, geringe Besserung. Später wird Patient ganz stumpf und abweisend. 7 Monate nach dem Erhängungsversuch Tod an Miliartuberkulose. Ähnliche Fälle sind extrem selten. Man könnte sie als „Pseudoparalyse“ bezeichnen. — Ausführliche Veröffentlichung vor- behalten.

Erörterung:

Steinert-Speichersdorf möchte aus dem vorgetragenen Krankheits- bilde mit den starken motorischen Störungen entnehmen, daß es sich



um organische Läsion des Hirns gehandelt hat, die durch die längerdauernde Unterbrechung des Blutzufluß hervorgerufen ist. Die Untersuchung des Hirns dürfte den Fall aufklären.

Grünbaum-Danzig: Über den Wert der Lumbalpunktion zur Erkennung von Geschwülsten am Rückenmark an der Hand eines vorgestellten Falles.

Die Patientin, 65 Jahre alt, hatte schon ½ Jahr vor ihrer Aufnahme ins Krankenhaus heftige Schmerzen im rechten Bein, die in den letzten Wochen auch auf das linke Bein übergegriffen hatten. — Der Befund bei der Aufnahme blieb im wesentlichen auch während der ganzen Beobachtungszeit derselbe und zeigte objektiv lediglich Fehlen des rechten Achillesreflexes bei langsam zunehmender (Inaktivitäts-) Abmagerung des rechten, weniger des linken Beines.

Eigentliche mit Funktionsstörungen verbundene Muskelatrophien bestanden nicht, auch keine Sensibilitätsstörungen oder Blasen-Mastdarmsymptome. Subjektiv waren heftigste Schmerzen in den Beinen sowohl spontan als auch bei Bewegungen des Beckens und der Beine vorhanden. Lasègue war negativ.

Die wiederholte Lumbalpunktion ergab etwas dicklichen, intensiv gelb gefärbten, sehr rasch in toto gerinnenden Liquor, mit Erythrozyten, aber fast ohne Leukozyten. Die Diagnose auf Abschluß des Rückenmarkskanals kurz oberhalb Punktionsstelle im Bereich des II. oder III. Lendenwirbels, wahrscheinlich durch Tumor, wurde durch die Operation bestätigt: es fand sich ein weichzystischer zirkumskripter, länglicher Tumor (gutartiges Angiosarkom der Pia) an der Grenze zwischen II. und III. Lendenwirbel, am rechten Sakralnerven etwas adhärent, der sich leicht und vollständig entfernen ließ. Die Frau wurde geheilt und blieb gesund.

Vortragender macht besonders auf einen Befund aufmerksam, der in der vorliegenden Literatur bisher keine Beachtung gefunden zu haben scheint: Im vorgestellten Falle wurde die Diagnose auf Abschluß des Rückenmarkskanals wesentlich unterstützt durch die Erscheinung, daß bei relativ geringer Menge des abgelassenen Liquors (4,5 ccm) ein starker Druckabfall (von 120 mm) stattfand, woraus auf einen zystischen Abschluß des Duraraumes geschlossen werden konnte.

(Der Fall soll ausführlicher noch anderweit veröffentlicht werden.)

Eine Erörterung schloß sich an den Vortrag nicht an.

Wickel-Dziekanka: Über stationäre Paralyse.

Vor 9 Jahren, im Jahre 1904, habe ich in dieser Versammlung unter Vorstellung zweier Kranker über drei Kranke berichtet (siehe auch: Zur Frage der stationären Paralyse, Zentralblatt für Nervenheilkunde



und Psychiatrie, 27. Jahrg. 1904, Nr. 176, S. 561 ff.), bei welchen der klinische objektive Befund und der Krankheitsverlauf zu der Diagnose: stationäre Paralyse geführt hatten.

Ganz kurz sei nochmals Krankheitsverlauf und Befund der 3 Fälle wiedergegeben:

Fall I.

E. L., Lokomotivführer, jetzt 64 Jahre alt und verwitwet. Drei gesunde Kinder. Kein Potus, kein Trauma, aber Lues.

Januar 1892 (43 Jahre alt) wurde er verändert: Vernachlässigte sich, sehr ungeniert, dienstliche Versehen, vergeßlich, unsicherer Gang.

Februar 1892: Zunehmende Erregung, gewalttätig, verschwendet, beginnt zu trinken, massenhafte, unsinnige Größenideen.

29. März 1892: Aufnahme in die Irrenanstalt Owinsk. Heftige Erregung, unsinnige Größenideen, mangelhafte Lichtreaktion der Pupillen, Fehlen der Patellarreflexe, Ataxie, artikulatorische Sprachstörung.

Juli bis Dezember 1892: Ruhiger, dement, sehr reizbar, stumpf. War vorübergehend außerordentlich abgemagert und so schwach geworden, daß der Exitus befürchtet und die Ehefrau gerufen wurde.

Dezember 1892 bis Juni 1893: Abweisend, verstimmt, hypochondrische Ideen unsinnigster Art. Mangelhafte Nahrungsaufnahme.

Juli 1893 bis Februar 1895: Im ganzen allmählich ruhiger, nur zeitweise erregt, raisonniert, schimpft. Zunehmend dement, indifferent, stumpf, Sprache verschlechtert sich.

28. Februar 1895: Nach Dziekanka übergeführt. Differenz im Nervus facialis. Pupillen eng, different, verzogen, lichtstarr. Tremor linguae et manuum. Sprache stark artikulatorisch gestört. Paralytische Schrift. Analgesie. Ulnarissymptom. Pat.-R., Trizepsreflex, Achillesreflex, Kremasterreflex fehlen. Ataxie bei der U. E. Starker Romberg. Demenz.

Januar 1896 bis Juli 1904: Unveränderte Demenz mit vorübergehender sinnlicher Erregung. Körperlich stark am Gesicht zugenommen. Keine Änderung der somatischen Erscheinungen.

Am 1. Mai 1907 wurde er nach Obrawalde übergeführt. Seit 1904 ist keine irgend wesentliche Änderung mehr bei dem Kranken eingetreten. Im ganzen ist er ruhig, beschäftigt sich etwas, Erregungen sind selten. Zu erwähnen ist, daß der Kranke inzwischen einige Jahre lang an einem mal perforant des Fußes gelitten hat.

Fall II.

Th. C., Wirtschaftsbeamter, jetzt 58 Jahre alt, unverheiratet. Kein Potus, kein Trauma, Lues?

1888 (33 Jahre alt) Schlaganfall. Mehrere Wochen Lähmung rechts. Langsam erholt. — Wieder in Stellung. Weihnachten 1890 letzte Stelle angetreten. Zuerst brauchbar.



Frühjahr 1891 verändert: Zerstreut, nachlässig, vergeßlich, reizbar, undeutliche Sprache. Allmähliche Zunahme der Erscheinungen.

August 1891: Arbeit eingestellt. Unruhig, Größenideen, hypochondrische Wahnideen sinnloser Art. Wechselnd euphorische und schwachsinnig-weinerliche Stimmung. Geistig schwach geworden. Enge Pupillen, träge Lichtreaktion. Verwaschene Sprache. Ataktische Schrift. Rechter Arm schwächer wie linker.

23. September 1891: Aufnahme in Irrenanstalt Owinsk und zunehmend dement. Euphorisch heiter. Sinnlose Größenideen. Zeitweise erregt, raisonniert, schimpft, redet konfuse durcheinander.

4. März 1894: Paıalytischer Anfall.

20. Dezember 1894: Nach Dziekanka übergeführt. — Daselbst bis Juli 1904. Zustand im wesentlichen derselbe: Euphorische Demenz mit sinnlosen Größenideen. Seit 1897 Demenz ganz unverändert. Verzogene, enge, differente, lichtstarre Pupillen. Differenz im Gesichtsfazialis. Tremor linguae. Starke artikulatorische Sprachstörung. Paralytische Schrift. Analgesie. Ulnarissymptom. Steigerung der Sehnenreflexe, besonders der Pat.-R. Keine Lähmung, aber Schwäche der Extremitäten. Unsicherheit bei feineren Bewegungen.

Am 1. Mai 1907 wurde er nach Obrawalde übergeführt. Seit 1904 keine Änderung. Ende 1911 war er einmal eine Zeitlang außerordentlich abgemagert. 1911 allmähliche Abnahme um 20 Pfund. Er erholte sich aber wieder. — Zurzeit in Familienpflege.

Fall III.

H. P., Tischler, jetzt 64 Jahre alt, verheiratet. Vier gesunde Kinder. Leicht reizbar. Solide. Kein Potus. Kein Trauma. Lues sehr wahrscheinlich.

Frühjahr 1892 (43 Jahre alt) verändert: Zunehmend reizbar, nachlässig im Geschäft. Macht ganz verkehrte Arbeiten, führt Aufträge nicht aus. Läßt sich in unvernünftiger Weise übervorteilen. Begeht Hausfriedensbruch, Körperverletzung, Diebstahl.

Im Gefängnis, Dezember 1892, als krank erkannt. Armenhaus. Stumpf, apathisch, gehemmt, uneinsichtig, schwaches Gedächtnis. Träge Lichtreaktion der Pupillen. Fazialisdifferenz. Lebhafte Sehnenreflexe. Unrein.

14. Juli 1893: Aufnahme in der Irrenanstalt Owinsk. Geistig schwach, gleichgültig, stumpf, ruhig für sich.

Dezember 1893: Erregung, zeitweise sehr heftig. Bald heiter, bald erregt, drohend, zerstört. Größenideen.

Dezember 1894: Nach Dziekanka übergeführt. Zunehmende euphorische Demenz mit vorübergehenden kurzen Erregungszuständen. Reizbaı. Massenhafte, unsinnige Größenideen. Rechtes Oberlid steht etwas tiefer wie das linke. Schwäche im rechten Gesichtsfazialis. Pupillen



eng, different, verzogen, lichtstarr. Tremor linguae. Artikulatorische Sprachstörung. Paralytische Schrift. Ulnarissymptom. Hypalgesie, incontinentia urinae. Pat.-R. lebhaft.

Am 10. Mai 1896: Paralytischer Anfall. Seit 1898 bis Juli 1904 keine Zunahme der Demenz mehr. Zustand unverändert.

Am 1. Mai 1907 nach Obrawalde übergeführt.

Seit 1904 keinerlei wesentliche Änderung des psychischen oder somatischen Befundes. Dauernde Euphorie. —

Der Fall I ist jetzt seit 17 Jahren, Fall II seit 19 Jahren und Fall III seit 15 Jahren stationär.

Herr Kollege Dr. *Fischer* in Obrawalde hat nun die Liebenswürdigkeit gehabt, die 3 Fälle sero- und zytologisch im Herbst des Jahres 1912 zu untersuchen. Das Ergebnis ist folgendes:

	Wassermann in Serum	Wassermann in Liquor:	Nonne Phase I	Zytologisch
Fall I	negativ	negativ	negativ	Keine Pleozytose, neben wenigen Lymphozyten einige Megalozyten.
Fall II	positiv	negativ	schwach +	Keine Pleozytose. Neben gewöhnlichen einkernige Lymphozyten, einige große polynucleäre.
Fall III	zweifelhaft	negativ	Spur +	negativ.

Ein Befund also, absolut negativ für Paralyse. Ich glaube nicht, daß wir an der Zuverlässigkeit dieser neuen Methoden, welche sich für die Diagnose der Dementia paralytica bewährt haben, zweifeln können. Trotzdem kann lediglich daraufhin in diesen so typischen Fällen die Diagnose Dementia paralytica nicht aufgegeben werden. Gerade dieses Moment, das Fehlen der bei anders verlaufenden Paralysen vorhandenen Reaktionen, welche auf einen noch im Gange befindlichen Prozeß im Hirn hinweisen, nach den neuesten Anschauungen also auf noch vorhandene lebende Spirochäten in der Hirnrinde, glaube ich, ist es, welches diese Fälle erst zu stationären hat werden lassen. Die Spirochäten, nehme ich an, sind hier zugrunde gegangen, der durch sie gesetzte Defekt ist in der Weise, wie er zu dieser Zeit war, bestehen geblieben. Wie und warum allerdings gerade hier die Spirochäten zugrunde gingen, kann ich nicht angeben. Besondere Kuren haben die Kranken, soweit bekannt wurde, nicht durchgemacht, in den Anstalten jedenfalls nicht.

Die Fälle werden weiter genau beobachtet. Eine gründliche pathologisch-anatomische Untersuchung des Zentralnervensystems wird uns hoffentlich später Klarheit darüber geben, was hier vorliegt.



Erörterung:

Boldt-Graudenz neigt mehr dazu, diese sogenannten stationären Paralysen als Fälle von Lues cerebri zu deuten. Er berichtet über einen Fall, bei dem analog dem *Wickel*schen Fall die Untersuchung des Liquor auf Wassermann, Nonne-Apelt, sowie die zytologische Untersuchung ein absolut negatives Ergebnis hatten: die bald darauf vorgenommene mikroskopische Untersuchung des Gehirns aber die typischen Veränderungen der beginnenden progressiven Paralyse ergab.

Steinert-Speichersdorf: Die bisher genau anatomisch nachuntersuchten Fälle von sogenannter stationärer Paralyse haben doch die Annahme einer typischen Paralyse nicht gerechtfertigt, sondern sprechen für Folgeerscheinungen von Lues cerebri.

Siemens-Lauenburg: Ich glaube doch nicht, daß man diese Fälle als Dementia paralytica ansprechen darf, wenn die Wassermannsche Reaktion negativ ist und also die Lues völlig ausscheidet. Wenn man bedenkt, wie mannigfache und zahlreiche motorische Störungen bei der Dementia praecox in manchen Fällen beobachtet werden, so wird man der Meinung sein, daß die als sogenannte stationäre Paralyse beschriebenen nicht luischen Fälle doch wohl der Dementia praecox zuzuteilen sind.

Wallenberg-Danzig trug über den von *Edinger* untersuchten „Mensch ohne Großhirn" vor und zeigte die ihm von *E.* freundlichst überlassenen Präparate mittels Projektionsapparat.

Wallenberg stellte ferner folgende Patienten vor: 2 Fälle von multipler Sklerose, 2 Fälle von der juvenilen Form der Dystrophia musculorum progressiva, 1 Fall von transkortikaler sensorischer Aphasie mit linkseitiger Hemiparese infolge von Lues cerebri, 1 Fall von ungewöhnlicher bulbärer Sprachstörung bei Lues cerebri (?) bzw. Paralyse (?).

Bericht über die 100. Sitzung des Ostdeutschen Vereins für Psychiatrie zu Breslau am 6. Dezember 1913.

Anwesend die Herren: *Alter*-Krietern, *Alzheimer*-Breslau, *Bonhoeffer*-Berlin, *Buttenberg*-Freiburg, *Brutzer*-, *Chotzen*-, *Creutzfeld*-Breslau, *Deugg*-Obernigk, *Dresen*-Brieg, *Eicke*-Breslau, *Fischer*-Prag, *Förster*-, *Freund*-, *Friedrich*-Breslau, *Fuchs*-Leubus, *Golla*-Breslau, *Grau*-Lüben, *Hahn*-, *Haupt*-Breslau, *Hayn*-Beuthen, *Hirt*-Breslau, *Jirzik*-Ziegenhals, *Kahlbaum*-Görlitz, *Kieserling*-Lublinitz, *Köbisch*-Obernigk, *Konietzny*-Leubus, *Kuljenko*-Kiew a. G., *v. Kunowski*-Rybnik, *Langer*-Brieg, *Lehmann*-Freiburg, *Linke*-Lüben, *Mann*-Breslau, *Neisser*-Bunzlau, *Nicolauer*-Breslau, *Petersen*-Brieg, *Peterssen-Borstel*-Plagwitz, *Praetorius*-Rybnik, *Preissner*-Lüben, *Przewodnik*-Tost, *Rein*-Landsberg a. W. a. G., *Rixen*-Breslau, *Rother*-Leubus, *Sachs*-Breslau, *Schinke*-Tost, *Schlesinger*-Breslau, *Schmidt*-Sorau, *Schubert*-Kreuzburg, *v. Schuckmann*-Plagwitz, *Schuppius*-



Breslau, *Schütze*-Tost, *Serog*-Breslau, *Sittig*-Prag, *Sprenger*-Obernigk, *Stertz*-, *Stöcker*-Breslau, *Thürwächter*-Rybnik, *Ullmann*-Bunzlau, *Wende*-Kreuzburg, *Wicht*-Lublinitz, *Ziertmann*-Bunzlau, *Zuber*-Liegnitz.

Der Vorsitzende, Herr *Alzheimer*, eröffnet die 100. Sitzung des Vereins, heißt die zahlreich erschienenen Mitglieder und Gäste auf das herzlichste willkommen und erteilt dem Sekretär des Vereins das Wort.

Herr *Clemens Neisser*-Bunzlau: „Rückblick".

M. H.! Angesichts des Umstandes, daß wir heute zur 100. Sitzung unseres Vereins versammelt sind, habe ich im Einverständnis mit unserem verehrten Herrn Vorsitzenden es übernommen, einen Rückblick auf die Gründung und die Geschichte des Vereins zu geben, an dessen meisten Sitzungen ich seit 27 Jahren teilgenommen habe und zwar in den letzten 22 Jahren seit dem 5. Dezember 1891 als Sekretär des Vereins. Vor wenigen Tagen las ich die Rückschau auf die letzten 25 Jahre Psychiatrie, die *Alzheimer* pietätvoll zu Siolis Festschrift gewidmet hat. Darin ist in formvollendeter Weise die Gesamtentwicklung unserer Disziplin zur Darstellung gebracht. Das überhebt mich der Versuchung, den heutigen Rückblick irgend kritisch zu gestalten.

Schon einmal in diesem Jahre der Jubelfeiern hatte ich Anlaß zu einem offiziellen Rückblick, als wir am 16. Juli d. J. in Bunzlau das 50 jährige Bestehen der Anstalt und zugleich die Vollendung der umfassenden Um- und Neubauten festlich begingen. Bei der vergleichenden Rückschau konnten wir mit Befriedigung des Aufschwungs in Wissenschaft und Praxis inne werden, der sich in den letzten Jahrzehnten vollzogen hat, und auf diesem Gebiete der Anstaltsentwicklung war es leicht, die Verhältnisse zu überblicken, und es war deutlich, daß der Fortschritt angeknüpft hat an die freieren Behandlungsformen und besonders an die allgemeine Durchführung der Bettbehandlung. Die Bettbehandlung hat nicht nur bei den einzelnen Kranken die Erregbarkeit herabgemildert und dadurch sowie durch die anders gestaltete Aufsicht, Pflege und Sauberkeit das ganze Regime unvergleichlich günstig beeinflußt, sondern sie hat, wie schon die Vorkämpfer voraussagten, darüber hinaus gewirkt: sie hat vor allen Dingen die Bahn freigemacht für eine allseitige methodische klinische Untersuchung der Kranken, sie hat ferner in ähnlicher Weise wie seinerzeit die Antisepsis bezüglich der Erkennung der akzidentellen Natur der Wundkrankheiten, die Möglichkeit geschaffen, die Artefakte auszusondern und die natürliche Entwicklung der Symptome und den Verlauf der Krankheiten kennen zu lernen. Und durch alles dies hat die Bettbehandlung es endlich in praktischer Beziehung ermöglicht, dem Anstaltsarchitekten klare Aufgaben zu geben und ihn somit zu befähigen, selbständig in individuell variierter Form bauliche Lösungen für den gegebenen Zweck zu suchen und zu finden. Und natürlich bildet diese technische Errungenschaft, der große Fortschritt im Anstaltsbau, eine höchst wesentliche Bereicherung unseres therapeutischen Vermögens.



Ganz so durchsichtig sind die Quellen des Fortschritts in der rein wissenschaftlichen Arbeit nicht zu verfolgen. Auch pflegt bei dem bescheidenen und stillen Leben einer vorwiegend wissenschaftlich gerichteten Vereinigung der äußere Rahmen des Geschehens eine gewisse Beständigkeit und Gleichförmigkeit darzubieten, aber es wird sich ergeben, daß auch in diesem Kreise fleißig mitgearbeitet worden ist von vielen Seiten aus und von verschiedenen wissenschaftlichen und praktischen Gesichtspunkten, und daß Bausteine herbeigetragen sind, zum Teil von Meisterhand, welche im einzelnen schon vielfach die sich erneuende Gesamtstruktur unserer Disziplin erkennen lassen. Für mich kann es sich nur darum handeln, Ihnen an der Hand der Tagesordnungen der Sitzungen einige Merkpunkte zu bieten.

Im Herbst 1872 kamen fünf Männer zusammen, Professor *Neumann* aus Breslau, Direktor *Jung* aus Leubus, Direktor *Alter* aus Brieg, Dr. *Keller* aus Bunzlau und Dr. *Eicke* aus Pöpelwitz. Im Hôtel de Silésie begründeten sie den Verein zunächst zum Zweck des persönlichen Sichnähertretens. Die wissenschaftliche Arbeit bestand zunächst darin, daß über die jüngste Literatur berichtet und diskutiert wurde. Das Schwergewicht sollte aber in dem persönlichen Zusammensein liegen; ich denke, daß wir darüber vielleicht, wenn nach altem Brauch wir nach den Vorträgen gemütlich uns zusammenfinden, noch mehr zu hören bekommen werden, da wir ja die Freude haben, zwei der Gründer unter uns zu sehen.

Über die ersten zwei Jahre liegen Berichte nicht vor, und ich will gleich hier erwähnen, daß auch später wiederholte, zum Teil mehrjährige Lücken der Berichterstattung bestehen. Auch blieben die Formalitäten für den Eintritt der Mitglieder so locker, die Beiträge wurden nur von den in den Sitzungen gerade Anwesenden erhoben, der Austritt oder Wegzug von Mitgliedern wurde nicht besonders gemeldet, so daß es für die frühere Zeit nicht möglich ist und selbst für die letzten Jahre noch Schwierigkeiten machte, eine auch nur einigermaßen vollständige Liste der Mitglieder aufzustellen. Es scheinen anfangs alle Vierteljahre Sitzungen abgehalten worden zu sein; wenigstens wird die Sitzung zu Breslau am 15. Dezember 1874, die erste Sitzung, über welche in der *Laehr*schen Zeitschrift berichtet ist, als die 8. Sitzung des „Zweigvereins der Irrenärzte Schlesiens" bezeichnet. In dieser Sitzung, in welcher, wie der Bericht sagt, der bisherige Sekretär Professor *Neumann* wiedergewählt wurde, beschloß man, jährlich drei Sitzungen abzuhalten, und zwar am 15. Februar, 15. Juli und 15. November. Die Februar- und Novembersitzung solle stets in Breslau stattfinden, die Julisitzung nur dann, wenn keine Einladung von seiten eines der Mitglieder erfolgte. Anwesend waren die Herren *Alter*-Brieg, *Berger*-Breslau, *Brückner*-Kreuzburg, *Jacobi*-Bunzlau, *Kornfeld*-Wohlau, *Neumann*-Pöpelwitz, *Passow*-Groß-Strehlitz, *Poppo*-Herrnstadt, *Wernicke*-Breslau, *Zenker*-Leubus, im ganzen 10 Herren. *Neumann* erstattete einen kurzen Bericht über *Kahlbaums* Katatonie. Interessanter-



ise lehnte *Neumann*, der doch sonst den Standpunkt der Einheits-
ychose festhielt, die neue Aufstellung nicht ohne weiteres und nament-
h nicht aus seinem theoretischen Standpunkte heraus ab. Er betonte,
ß in ganz analog verlaufenen Fällen die Krampferscheinungen gefehlt
iben, und daß man daher der Katatonie nicht die Dignität und Abrundung
s klassifikatorischer Einheit zuschreiben dürfe, wie sie die Paralyse
izweifelhaft besitze. Hierauf sprach Dr. *Kornfeld* „über die juristische
ehandlung der sogenannten Moral insanity". Daß sie stets eine Ver-
inderung der Zurechnungsfähigkeit bedinge, erscheint dem Vortr. nicht
weifelhaft. Er fordert aber auch weiter nicht nur ein quantitativ ver-
ndertes Strafmaß, sondern auch eine qualitative Umänderung der Strafe,
ei welcher neben den gewöhnlichen Strafzwecken auch auf die öffentliche
icherheit gerücksichtigt werde. Er lenkt die Aufmerksamkeit auf die
löglichkeit der Kolonisierung solcher Individuen in überseeischen, nicht
ehr bevölkerten und noch nicht sehr polizierten Gegenden. An diesem
Beispiele zeigt sich wieder, wie lange schon die Psychiater bestrebt
waren, Maßnahmen gegen die Gefährlichkeit Geisteskranker zum Schutz
ler Allgemeinheit anzuregen, während man ihnen vielfach vorwirft,
durch die psychiatrische Begutachtung die Gefährdung herbeizuführen.

M. H.! Wenn man sich ein Urteil über diese Sitzung und zum Ver-
gleich ein richtiges Bild von den Strebungen und Interessen der Fach-
kreise jener Zeit machen will, so ist es ganz lehrreich, sich neben dem
wiedergegebenen Inhalte dieser Tagung die Titel der Vorträge einiger
anderer Vereine zu vergegenwärtigen: die Tagesordnung des Berliner
Psychiatrischen Vereins vom 15. Dezember 1874 enthielt: Dr. *Hasse*,
„Über die Aufnahmebedingungen in Irrenanstalten"; Dr. *Laehr*, „Die
Irrenanstaltsstatistik in Deutschland und der Schweiz"; Dr. *Laehr*, „Über
periodische Berichte aus Irrenanstalten" und am 15. Juni 1875: Dr. *Ideler*,
„Über provisorische Beurlaubungen"; Dr. *Ideler*, „Ist es erlaubt, daß ein
Professionist, der nach der Anstalt gehört, draußen beim Meister arbeitet?";
Dr. *Tigges*, „Kann übertriebene Humanität in der Behandlung der Kranken
nicht von Nachteil sein?"; Dr. *Laehr*, „Über Feuerwehreinrichtungen in
Irrenanstalten"; Dr. *Zinn*, „Das Verfahren in Entmündigungssachen".
Es war natürlich, daß auf den kleineren lokalen Fachvereinigungen die
praktischen Fragen mehr zu Worte kamen, und daß dabei eine unsichere,
gewissermaßen tastende Stellungnahme zu den verschiedensten Fragen
sich ergab. Andererseits finden wir zwischendurch auf den Versamm-
lungen, namentlich bei den Südwestdeutschen und den großen allgemeinen
deutschen Vereinsversammlungen streng wissenschaftliche Vorträge
der namhaftesten Forscher, und man möge sich erinnern, um den Stand
der Forschung einigermaßen zu kennzeichnen, daß im Jahre 1874, bei
welchem wir in der Vereinsgeschichte hielten, u. a. erschienen sind:
*Wernicke*s sensorische Aphasie, *Hitzig*s Untersuchungen über die Groß-
hirnrinde, *Friedreich*s hereditäre Ataxie, *Samt*s Darstellung der psychischen

Äquivalente bei Epilepsie, und daß Anfang 1875 dann diejenige Arbeit von *Erb* und die wohl noch durchgreifendere und wichtigere von *Westphal* kam, welche die Beschreibung und die Bedeutung der Sehnenreflexe in klassischer Form festlegte und schon ihr Fehlen bei der Tabes als ein wesentliches Kennzeichen begründete, jene Arbeit, welche zusammen mit den bald folgenden weiteren Rückenmarksarbeiten die neurologisch-anatomische Epoche einleitete, die im Vergleich mit allen Nationen meiner Meinung nach eine günstige Besonderheit in der Entwicklung der deutschen Psychiatrie darstellt.

Erst über die 18. Sitzung, welche am 13. Juli 1878 in Leubus stattfand, wird wieder berichtet. Außer den Leubuser Ärzten waren noch 10 Kollegen anwesend, und es ist vielleicht von Interesse zu erwähnen, daß Herr *Binswanger*, damals Assistent am Pathologischen Institut zu Breslau, der Sitzung beiwohnte und an einer Reihe von Korrosions- und Injektionspräparaten die Anatomie des Ursprungteiles und Anfangstückes der Carotis interna demonstrierte. Man hörte ein Konzert gemeinsam mit den Kranken an; danach besprach *Jung* den damals die Anstaltsdirektoren beunruhigenden § 13 Abschnitt 2 der preußischen Vormundschaftsordnung vom Jahre 1875, der vielfach so ausgelegt wurde, daß die Vorstände der Anstalten vom Gericht als die gesetzlichen Vertreter der Kranken angesehen wurden. Und danach hielt Direktor *Jung* seinen großen Vortrag über die Paralyse der Frauen, in welchem er mit außerordentlicher Gründlichkeit alle Symptome und alle persönlichen Lebensverhältnisse der Kranken zur Feststellung der etwaigen Besonderheit der Krankheitsform durchforscht. Interessanterweise konstatierte er: „Von den 78 Frauen hatte die Mehrzhal zwar Kinder, aber trotz mehrfacher und langjähriger Ehe nur wenige, oder zwar viele, bis auf elf, aber die meisten dieser Kinder starben früh, wurden frühzeitig lebensunfähig oder tot geboren, der geringere Bruchteil war ganz kinderlos trotz mehrfacher Ehe, und über ein Dritteil hatte zwar außerehelich ein Kind, in der Ehe aber keins.“ Diesen Tatsachen mißt *Jung* Bedeutung bei, aber entsprechend dem Stande des Wissens kam ihm dabei nicht der Gedanke an Syphilis, die nur als in 3 Fällen vorhanden konstatiert wird. Ich darf demgegenüber vielleicht hier die interessante, damals nicht genügend beachtete Tatsache in Erinnerung rufen, daß *Jastrowitz* im Psychiatrischen Verein zu Berlin, wo *Jung* schon im Dezember 1874 über dasselbe Thema gesprochen hatte, in der Diskussion darauf aufmerksam gemacht hat, daß der Zusammenhang der Syphilis mit der Paralyse in 90% der Fälle auf den dänischen Inseln an einem infolge der konstanten Bevölkerung vorzüglich geeigneten Materiale durch *Christin Ol. Jaspersen* nachgewiesen sei. — Erst über die 30. Sitzung vom 26. November 1882 liegt wieder ein kurzer Bericht im 39. Bande der Allgemeinen Zeitschrift vor. Professor *Neumann* referierte über den Jahresbericht der Provinzial-Irrenanstalt zu Brieg von Direktor Dr. *Alter*, aus welchem er besonders die große



ligkeit der Beköstigung in genannter Anstalt hervorhebt. Dann referierte über den berühmten *Berger*schen Fall von Paralyse aus dem neuründeten *Mendel*schen Zentralblatt und regte damit eine lebhafte batte über die weibliche Paralyse an, wobei als Beobachtung an den Allerheiligenhospital behandelten Fällen behauptet wurde, daß die rankten Frauen oft Beschäftigungen gepflogen haben, die sonst Männern allen! — Dr. *Leppmann* berichtet über einen Fall von Morphinismus 1 empfiehlt schnelle Entziehung: am 1. Tage $^1/_{60}$, am 2. $^1/_{30}$ der Tagesis, dann nach einigen Tagen 1,0 g Chloralhydrat. Prof. *Berger* pfiehlt bei Erregungszuständen Inhalationen von Bromäthyl, tgl. -10 g; den kurzdauernden Betäubungen folge ein längerer Zustand · Ruhe.

Am 26. September 1884 tagte der Verein in Owinsk; er nannte sich nals „Verein der Irrenärzte Schlesiens und Posens"; seit welcher Zeit, mir nicht ersichtlich geworden. Diese Sitzung in Owinsk hat, wie in nem Nachruf erwähnt wird, Professor *Neumann* noch geleitet; bald nach, am 10. Oktober 1884, erlag er der schleichenden Krankheit, die bst Kummer und Sorge seine Persönlichkeit schon lange traurig geandelt hatte. Auch hier sei ihm noch gedankt für das Verdienst, das er n den Verein sich erworben hat, denn nach den Berichten aller, die ihn on daher kannten, war es im wesentlichen seine Persönlichkeit, die den ollegen den Zusammenschluß dauernd anziehend und fördernd zu gealten vermochte, obwohl ein eigentlich wissenschaftliches Leben nicht epflegt wurde.

Im Jahre 1885 wurde *Wernicke* auf den Breslauer Lehrstuhl berufen ind trat an die Spitze des Vereins. *Leppmann* führte die Geschäfte des ekretärs, und als er 1889 nach Berlin ging, trat *Lissauer* an seine Stelle.

Aus der folgenden Februarsitzung hebe ich heraus *Freunds* Demontration einiger „Grenzfälle zwischen Aphasie und Seelenblindheit"; es iandelte sich um die erstmalige Herausarbeitung der sogenannten „optichen Aphasie". *Wernicke* stellte einen Fall seiner maniakalischen Aphasie or und einen Fall von Rindentaubheit mit Paraphasie nach einem paraitischen Anfall. Die Sommersitzung 1888 fand in Bunzlau auf Einladung on *Sioli* statt, welcher selbst „über Fasersysteme im Fuß des Großhirnchenkels in Degeneration desselben" sprach; dann erörterte *Petersen-orstell* die Frage der sogenannten Feldzugsparalysen namentlich hinichtlich der praktischen Anerkennung des Zusammenhangs, wenn der gentliche Krankheitsausbruch lange — bis 15 Jahre — auf sich warten eß, und *Wernicke* sprach über die Irrenversorgung der Stadt Breslau. Die Novembersitzung 1888 fand den Verein zum ersten Male in der Neuen Klinik, und *Wernicke* lud zur Benutzung der Laboratoriumsarbeitsplätze in. *Lissauer* führte seinen berühmten Fall von Seelenblindheit vor, und ch machte den damals in der klinischen Psychiatrie neuen Versuch, ein unktionelles Symptom, die Verbigeration, differentiell-diagnostisch zu

behandeln. Aus der folgenden Sitzung hebe ich *Lissauers* Krankenvorstellungen heraus, die er als Grenzfälle zwischen Paralyse und Katatonie bezeichnete. In einer Sitzung v. J. 1886 in Obernigk, in welcher *Kahlbaum* die Krankheit des Königs Ludwig schilderte, über die ich vergeblich nach einem Bericht gesucht habe, ist der Name „Verein ostdeutscher Irrenärzte" angenommen worden. Vom November 1887 ab ist mit ganz wenigen Ausnahmen über die Sitzungen wieder referiert worden. Anfangs von *Wernicke* selbst, später vom Sekretär. In jener Novembersitzung demonstrierten *Lissauer* und *Freund* Fälle von Gedächtnisschwäche bei Alkoholisten, die nach einem akuten deliriumartigen Zustande einsetzt; ich sprach über die originäre Verrücktheit von *Sander* und legte die klinische Bedeutung des Symptoms der Konfabulation dar. *Leppmann* sprach über Geistesstörung als Ehescheidungsgrund, wobei er sich auf den, wie ich glaube, ärztlich allein richtigen Standpunkt stellte, eine möglichst weitgehende Anerkennung der Geistesstörung als Ehescheidungsgrund zu fordern, ein Standpunkt, der bekanntlich in Frankreich sich auch heute noch nicht durchzusetzen vermocht hat und dort gerade von den führenden Klinikern wie *Magnan* bekämpft worden ist. Die 50. Sitzung am 29. Juni 1889 wurde gemeinsam mit dem Berliner Psychiatrischen Verein in Görlitz bei *Kahlbaum* begangen; *Kahlbaum* selbst gab eine klinische Skizze über eine besondere Form des Jugendirrsinns, das sogenannte Heboid; sein Assistent *Markus* sprach über einige Besonderheiten in Erscheinungen und Verlaufsweise der Melancholie bei Neurasthenischen. *Lissauer* demonstrierte eine Methode zur Herstellung großer Gehirnschnitte. In den nächsten Sitzungen, man kann wohl sagen in den nächsten Jahren, standen anatomische Demonstrationen mit dem neuen Projektionsapparat im Vordergrunde. Besonders hervorheben möchte ich *Heinrich Sachss* Vorführung über das Okzipitalmark des menschlichen Gehirns. Im Juni 1890 fand die Sitzung in Leubus statt. *Kraepelin*, der seiner dortigen Tätigkeit wohl noch gern gedachte, war aus Dorpat der Einladung zur Teilnahme gefolgt; er sprach über Katalepsie. Ich stellte Fälle zur Differentialdiagnose der Katatonie vor. *Lissauer* besprach die pathologische Anatomie der Paralyse. *Schubert* gab einen Beitrag zur Pathogenese des zirkulären Irrsinns. Geheimrat *Alter* erörterte die eigenartige Stellung, die Leubus im Rahmen der provinzialen Irrenpflege einnimmt. Dann folgten sich in den Sitzungen eine Fülle bedeutsamer Demonstrationen und Vorträge von *Wernicke* selbst und seinen Schülern, namentlich *Hahn*, *Freund*, *Sachs* und *Lissauer*. Letzterer trug am 2. März 1891 die Ergebnisse seiner wichtigsten Arbeit vor unter dem Titel: Klinisches und Anatomisches über die Herdsymptome der Paralyse. Nicht lange darnach wurde dieser prächtige Mensch und Forscher uns jäh entrissen. Im Dezember 1891 trug uns *Wernicke* seine Grundzüge einer psychiatrischen Symptomlehre vor, die er dann in der Berliner Klinischen Wochenschrift veröffentlichte. *H. Sachs* sprach über optische Erinnerungsbilder. Ich gab in derselben



Sitzung die Unterscheidung primärer und sekundärer psychischer Symptome im allgemeinen und suchte insbesondere die Bedeutung der paranoischen Eigenbeziehung darzulegen. Professor *Pick* sprach über Kombination hysterischer und organisch bedingter Störungen in den Funktionen des Auges. Von Einzelbeiträgen aus jenen Sitzungen möchte ich noch auf einen Fall von akuter Geistesstörung im Kindesalter hinweisen, den *Hahn* vorstellte, und der wegen des wohl einwandfreien Zusammenhanges eines halluzinatorischen Verwirrtheitszustandes bei einem 10jährigen Knaben mit einem Kopftrauma ein besonderes Interesse beanspruchen darf, und auf die Untersuchungen *Freunds* über traumatische Neurose, deren Ergebnisse er uns vorführte. Das Jahr 1891 hatte für Preußen das wichtige Gesetz gebracht, wonach den Armenverbänden die Fürsorge für die geeignete Unterbringung der Idioten, Epileptiker, Blinden und Taubstummen auferlegt wurde. Auf einen anregenden Vortrag von *Kurella* bildete der Verein eine Kommission zur Vorberatung der geeigneten Maßnahmen, der auch der langjährige, geschätzte Dezernent des schlesischen Irrenwesens Geheimrat *Gürich* beitrat, welcher zum Dank für seine Förderung der psychiatrischen Interessen auf Antrag *Wernickes* zum Ehrenmitgliede des Vereins ernannt wurde. Herr *Alter* übernahm die Erstattung des Berichts, dessen Wortlaut in der Schlesischen und Breslauer Zeitung veröffentlicht worden ist. Kein Kenner unserer Verwaltungsverhältnisse wird davon überrascht worden sein, daß die ärztlichen Gesichtspunkte für die praktischen Maßnahmen der Behörde die Richtschnur nicht gegeben haben; ich fürchte, die allernächsten Tage werden den Beweis liefern, daß die Notwendigkeit, daß eine Anstalt für Schwachsinnige, Epileptiker und Idioten durchaus unter ärztliche Leitung gehört, heute ebensowenig anerkannt wird wie damals. Jedenfalls hat der Verein seine Schuldigkeit damals getan und sowohl die zahlenmäßige Grundlage beschafft als auch die ärztlichen Gesichtspunkte und Erfahrungen zur Darstellung gebracht. Und heute läßt sich nicht mehr bestreiten, daß der Provinz die jahrelange, peinliche Plätzenot und auch die nachträgliche, gehäufte Bewilligung von Millionen erspart geblieben wäre, wenn man den von der Kommission unseres Vereins aufgestellten Sätzen Beachtung geschenkt hätte. — Am 19. Juni 1892 fand wieder eine Sitzung in Leubus statt. Hier war es zum ersten Male, daß *Wernicke* seine Auffassung von den fixen oder überwertigen Ideen entwickelte und zwar in einer Diskussion nach einem Vortrage von *Kahlbaum* „über einen Fall von Pseudoparanoia". In dieser Sitzung machte ich an der Hand eines vorgestellten Falles auf die Unterscheidungsnotwendigkeit zwischen der chronischen Wahnbildung der Paranoiker und den nach akuten deliranten Stadien als Reste zurückbleibenden Wahnideen ohne Fortbildungstendenz aufmerksam. Ich darf das wohl hervorheben, weil dieser Begriff des Residualwahns von *Stertz*, *Liepmann* u. a. irrtümlich auf *Wernicke* zurückgeführt worden ist, der ihn aber ebenso wie die Scheidung der primären und sekundären Sym-



ptomatologie von mir aufgenommen hat. *Liepmann* hat sich übrigens nachträglich sehr bald von diesem Sachverhalt überzeugt und mich schon vor längerer Zeit ermächtigt, dies mitzuteilen. Meine Verehrung *Wernicke*s, mit welchem mich nahe persönliche Beziehungen verbanden, wird nicht beeinträchtigt, wenn ich meine Priorität in diesen Punkten festzuhalten bestrebt bin, über welche, wie ich betonen möchte, bei *Wernicke*s Lebzeiten ein Zweifel nie bestanden hat.

Einen Glanzpunkt in der Geschichte des Vereins bildete die 60. Sitzung vom 26. November 1892, in der *Wernicke* 14 Kranke vorstellte, 2 mit sogenannten überwertigen Ideen und 12 mit Motilitätspsychosen. In der nämlichen Sitzung demonstrierte u. a. *H. Sachs* das Gehirn des berühmten *Förster*schen Rindenblinden. Es folgte eine interessante Sommersitzung in der Anstalt Sorau, deren verehrter Leiter manche jüngere Vereinsmitglieder an Treue und Frische des Interesses beschämt. *Hebold*, jetzt in Wuhlgarten, lieferte einen Beitrag zur Aphasielehre, und *Selle*, jetzt Direktor von Neuruppin, besprach die neue Lehre von den überwertigen Ideen an der Hand einer Anzahl von Fällen, wodurch *Wernicke* zu einigen sehr interessanten eigenen Ausführungen gereizt wurde. In einer der nächsten Sitzungen teilte *Hahn*, der seines Freundes *Lissauer* Nachlaß durchzuarbeiten übernommen hatte, den anatomischen Befund des Falles von Seelenblindheit mit. Es folgten dann im Juli 1894 wertvolle klinische und anatomische Mitteilungen von *Pick* und Krankendemonstrationen von zwei jüngeren Assistenten der *Wernicke*schen Klinik, nämlich der Herren *Bonhoeffer* und *Heilbronner*. *Bonhoeffer* stellte eine „akute Psychose" vor und *Heilbronner* einen Fall von Asymbolie. In der Diskussion führte ich den Terminus Perseveration ein und betonte ihre allgemeine Bedeutung. Der Sitzungsbericht enthält Ausführliches hierüber. In der nächsten Sitzung, in welcher Direktor *Petersen*-Brieg über ein Attentat berichtete, das ein Paranoiker auf ihn durch einen Messerstich in den Rücken verübt hatte, zeigte *Heilbronner* erstmalig schöne *Nissl*-Präparate der Ganglienzellfärbung. *Wernicke* hielt seinen Vortrag über Angstpsychosen. Es interessiert vielleicht, wenn ich erwähne, daß der Psychologe *Ebbinghaus*, ein treuer Besucher unserer Sitzungen, mir damals bekannte, daß die Literatur eine in ihrer Beobachtungsfeinheit vergleichbare Affektschilderung nicht aufzuweisen habe. In dieser Sitzung wurde Herr *Gaupp* als Mitglied des Vereins aufgenommen.

Lassen Sie mich noch der nächsten Sitzung gedenken, in der erst *Heilbronner* einen Fall von sensorischer Aphasie demonstrierte, *Margulies*-Prag über Irresein aus Zwangsvorstellungen sprach, dann *Mucha* aus Coswig über die Katatonie und dann *Bonhoeffer* auf ein der choreatischen Störung anscheinend konstant zukommendes Symptom aufmerksam machte, nämlich die Muskelschlaffheit, die Hypotonie und das Fehlen der Patellarreflexe. Danach wies *Bonhoeffer* in einem zweiten Vortrage über Paralexie auf die interessante Beobachtung an Alkoholdeliranten



hin, daß, je mehr man sich dem Empfindungsschwellenwert nähert, desto mehr halluzinatorische Elemente auftreten. — Es ist nicht möglich, im Rahmen der mir zur Verfügung stehenden Zeit den Rückblick so zu vervollständigen, daß ich jedem gerecht werden könnte; fast jede Sitzung in jener Zeit brachte neue Tatsachen, neue Anregungen und ein immer tieferes, systematisches Vordringen in die den Sinnestätigkeiten zugehörigen zerebralen Leistungsgebiete. Die Namen *Liepmann*, *Storch*, *Mann*, *Otfried Foerster*, *Schröder*, *Kuttner*, *Kramer* treten neben den schon Genannten in der nächsten Zeit in den Vordergrund und nicht weniger schließlich die Herren, die jetzt noch an der städtischen Anstalt und der Klinik zum Teil tätig sind. Fast alle Arbeiten, die den Ruf dieser Herren begründet haben, sind in irgendeiner Form einmal Gegenstand der Mitteilung in unserem Verein gewesen. Ganz besonders aber möchte ich die Aufmerksamkeit lenken auf die im 60. Band der *Laehr*schen Zeitschrift berichteten Verhandlungen der 82. Sitzung, in welcher *Storch*, *Mann*, *Wernicke* und *Otfried Foerster* über den Prädilektionstyp der Pyramidenbahnlähmung und zugehörige Dinge sich geäußert haben. Die Richtung, die bei den wissenschaftlichen Darbietungen jener ganzen Phase sich hauptsächlich geltend machte, habe ich in dem Scheidegruß an *Wernicke* zu kennzeichnen mich bemüht, den ich ihm am 3. Dezember 1904 nach seinem Fortgang nach Halle widmete, und der in den Antrag, ihn zum Ehrenmitglied des Vereins zu machen, ausklang.

Nachtragen muß ich noch die Erwähnung einer kritischen Phase im Vereinsleben, als infolge der vielfach geringen Beteiligung der Kollegen aus der Provinz der Vorstand den Antrag auf Auflösung des Vereins auf die Tagesordnung der Sitzung vom 24. Februar 1900 setzte. Die Folge war, daß diese Sitzung einen besonders starken Besuch aufwies, Professor *Pick* aus Prag, unser besonders geschätztes Mitglied, hielt nicht nur selbst einen Vortrag, sondern er brachte auch außer dem Oberarzt Dr. *Margulies* noch Herrn Professor *Dexler* mit, der Schnittpräparate aus der Medulla oblongata bei der *Bornai*schen Krankheit demonstrierte, und die Auflösung wurde einstimmig abgelehnt. Doch sollte die Sommersitzung in Fortfall kommen. Nicht wenig trug zu dem Erfolge bei, daß der verehrte damalige Dezernent Herr Landesrat *Noack* die Gewährung des Ersatzes der Reisekosten an die Provinzialanstaltsärzte in Aussicht stellen konnte.

Am 3. Dezember 1904 übernahm *Bonhoeffer*, der nach einer kurzen Reise über Königsberg und Heidelberg nach Breslau zurückgekehrt war, den Vorsitz des Vereins. Man kann wohl sagen, daß es ihm geglückt ist, das Interesse an den Tagungen noch zu heben und dauernd auf der Höhe zu halten. Daneben fanden die privaten Referierabende bei *Bonhoeffer*, die nicht mit dem Verein zusammenhingen, aber doch zum Teil den nämlichen Kreis von Teilnehmern umfaßten, lebhaften Anklang, und später konnte er sogar eine besondere neurologisch-psychiatrische Vereinigung ins Leben rufen, ohne daß der Stoff für wissenschaftliche Dar-



bietungen in unseren Sitzungen jemals knapp geworden wäre. Ich glaube, daß es eine Sonderheit Breslaus darstellt, eine überaus günstige Sonderheit, wie ich gleich hinzufügen möchte, daß die hiesigen zahlreichen hervorragenden Neurologen zugleich auch intensivere psychiatrische Schulung und Interesse besitzen, eine Sonderheit, die den Fachpsychiatern und ihrer Vereinigung wissenschaftlich und praktisch in hohem Maße zugute gekommen ist und noch jetzt zugute kommt.

Bei der Darstellung, die ich gegeben habe, ist die neuere und neueste Zeit ganz besonders zu kurz gekommen; ich habe der schönen und instruktiven Anstaltsbesichtigungen in Rybnik, Plagwitz, Tost, Lüben und Freiburg nicht Erwähnung getan; auch ist zu wenig mancher praktischen Bestrebungen, die im Verein zur Geltung kamen, von mir gedacht worden. Die interessanten Diskussionen, die *Klinke* angeregt hat, über die Unterbringung geisteskranker Verbrecher und später über die Familienpflege sind ebenso wie *v. Kunowskis* mannigfache feine theoretische Problemstellungen, *Chotzens* und *Kramers* Intelligenzprüfungen, *Heilemanns* Blutuntersuchungen, *Plathners* Dysenterieberichte, *Sprengels* prophylaktische Bestrebungen gegenüber den Psychopathen und vieles andere von mir nicht referiert worden. Aber das geschah nicht aus zu geringer Schätzung des Gebotenen, sondern unter dem Druck der Überfülle des Materials. Habe ich doch nicht einmal erwähnt, daß der Verein seit 1907 in dieser schönen neuen Klinik tagen durfte, und nachholen muß ich, daß am 12. Dezember 1908 Geheimrat *Alter* zum Ehrenmitglied des Vereins ernannt worden ist, der einzige, der uns geblieben ist, nachdem *Laehr*, *Wernicke* und Geheimrat *Gürich* von uns gegangen sind.

Im Frühjahr vorigen Jahres verließ uns zu unserem lebhaften Bedauern Geheimrat *Bonhoeffer*, um dem Ruf nach Berlin Folge zu leisten. Nach kurzer Zwischenzeit durften wir Herrn *Alzheimer* als seinen Nachfolger auch in unserer Vereinigung begrüßen. Der Willkomm, den wir ihm boten, kam vom Herzen. Wenn ich den Rückblick bis auf den heutigen Tag fortsetzen darf, so finde ich als Abschluß der Tagesordnung unserer Sitzung, gewissermaßen als Überleitung in die Zukunft, den Namen *Alzheimer*. Ich bin sicher, in Ihrer Aller Namen zu sprechen, m. H., wenn ich im Anschluß an diese Konstatierung der Überzeugung Ausdruck gebe, daß die Beibehaltung und Weiterentwicklung des wissenschaftlichen Hochstandes des Vereins durch diesen Namen allein gewährleistet ist. —

Herr *Alzheimer*, welchem die Anwesenden durch lebhaften Beifall zu den Schlußworten des Referenten eine Huldigung dargebracht hatten, dankt für die Ehrung und verspricht, daß es an seinem Bemühen nicht fehlen solle, das Vertrauen zu rechtfertigen. Er teilt sodann mit, daß Herr *Heilbronner*-Utrecht, Herr *Böck*-Troppau und *Pick*-Prag den Verein schriftlich und telegraphisch begrüßt haben.

Ein Antrag des Vorstandes, dem Schlesischen Hilfsverein für Geisteskranke 100 Mark zu überweisen, wird angenommen.



Als Ort für die Sommersitzung 1914 wird auf Einladung von ·R. Dr. *Klinke*-Lublinitz gewählt.

Herr *Stertz*-Breslau: „Klinische Stellung und dia- ıostische Bedeutung der amnestischen Aphasie."

Vortr. berichtet über seine an einem größeren Material (12 Fälle n Hirntumor, 1 Fall von Arteriosklerose, 1 Fall von Trauma, 1 Fall n Epilepsie) gewonnenen Erfahrungen über amnestische Aphasie. · gelangt zu dem Resultat, daß die amnestische Aphasie in ausgeprägter ›rm stets als Herdsymptom einer Läsion des Sprachzentrums anzusehen i. Allgemeine Störungen der Hirnfunktion, z. B. schwere Merkstörungen, hwere dissoziative Störungen oder die Kombination beider, haben, wie ›r Vortr. an Fällen von Presbyophrenie, *Korsakow*scher Psychose, *Alz- imer*scher Krankheit, deliriösen und amentiaartigen, bei Infektionen ıd Intoxikationen entstehenden Psychosen sich überzeugen konnte, n allgemeinen keine amnestisch-aphasischen Symptome zur Folge. Wo ; dennoch der Fall ist, liegt jedenfalls der Verdacht nahe, daß auch da eine esondere Läsion des Sprachgebietes vorliegt. Auch die transitorischen ıd dauernden amnestischen Aphasien der Epileptiker werden als Herd- ymptom aufgefaßt. Bei Tumoren, die nicht das Sprachgebiet tangieren, indet sich keine amnestische Aphasie.

Soweit Obduktionsbefunde vorliegen, hat sich gezeigt, daß am- nestische Aphasie durch einen Herd in der Umgebung der *Wernicke*schen Stelle bedingt ist, meist lagen die Herde an der hinteren Grenze des Schläfe- lappens, in einigen Fällen auch in dessen vorderen Pol.

Klinische und anatomische Befunde machen die nahen Beziehungen der amnestischen Aphasie zur sensorischen Aphasie gleich wahrscheinlich.

Tatsächlich bildet die a. A. meist nur ein Übergangstadium zur partiellen und schließlich totalen sensorischen Aphasie, wie sie in anderen Fällen ein Rückbildungsstadium der letzteren darstellt.

Demgegenüber rufen Herde im linken Frontalhirn als Fernsymptome oft Erscheinungen von transkortikaler motorischer Aphasie hervor, die auch symptomatologisch von der amnestischen Aphasie zu trennen ist.

Hierin liegt die Bedeutung dieser Symptome für die Lokaldiagnose der Hirntumoren.

Den Schluß des Vortrages bildet eine theoretische Betrachtung über die Genese der hier in Frage kommenden aphasischen Störungen.

(Eine ausführliche Mitteilung erfolgt a. a. O.)

Diskussion. — Herr *Bonhoeffer*: Der Auffassung des Vor- tragenden, daß die amnestische Aphasie Herdsymptom einer mehr oder minder starken Läsion der sensorischen Sprachregion im weitesten Sinne ist, stimme ich durchaus zu. Ich glaube auch, daß die amnestisch-aphasi- schen Störungen der Epileptiker im epileptischen Dämmerzustand oder



als Dauerzustand nicht als Allgemeinsymptome, sondern als Herdsymptome aufzufassen sind. Ich habe in einem solchen Falle — ich weiß nicht, ob der von dem Vortragenden erwähnte operierte Fall mit meinem identisch ist — auf Grund einer ausgesprochenen Störung der Wortfindung die Operation über der linken Sprachregion machen lassen. Tatsächlich fand sich eine große, tief ins Marklager des Stirnhirns eindringende Zyste. Durch die Operation wurden die epileptischen Anfälle ebenso wie die amnestische Störung für kurze Zeit gebessert. Aber nach kurzer Zeit bestand trotz der Ventilbildung des Lappens, welche *Krause* anlegte, der alte Zustand unverändert. Gewiß handelt es sich nicht bei allen amnestisch-aphasischen Störungen der Epileptiker um so große Herde, vielfach wird es sich wohl eher um passagere Schädigungen der sensorischen Sprachsphären handeln. Aber der Fall ist doch bemerkenswert, weil es sich um einen typischen Epileptiker handelte, ohne weitere Herdsymptome, bei dem man daran denken konnte, daß die Schwierigkeit der Wortfindung lediglich eine Partialerscheinung der allgemeinen epileptischen Veränderung im Sinne der psychischen Verlangsamung, der Umständlichkeit und Schwerfälligkeit sei.

Dann wollte ich an den Vortragenden noch die Frage richten, ob er nicht doch glaubt, daß bei einer Prüfung der Merkfähigkeit, die sich lediglich auf akustische Eindrücke mit Unterlassung aller intellektueller Hilfen erstreckte, und bei einem Vergleich der Merkfähigkeit auf optischen und akustischen Gebieten sich bei Läsion des Gebietes der inneren Sprachregion eine Reduktion der akustischen und literalen Merkfähigkeit ergibt. Ich hatte bei darauf gerichteter Aufmerksamkeit doch den Eindruck, daß Unterschiede der Merkfähigkeit auf akustischem bzw. optischem Gebiete bestehen, je nachdem die Läsion mehr in den temporalen oder okzipitalen Partien liegt. Die Prüfung der akustischen Merkfähigkeit macht ja bei Störung der inneren Sprache erhebliche Schwierigkeiten.

Herr *O. Foerster* bemerkt bezüglich der Lokalisation der amnestischen Aphasie, daß er dieselbe in Übereinstimmung mit den Angaben des Herrn Vortragenden ebenfalls bei Tumoren oder Erweichungen entweder in der Spitze des Schläfelappens oder am Übergang nach dem Parietallappen zu, aber auch bei Herden in der 2. und 3. Temporalwindung angetroffen hat. Letztere Lokalisation speziell hat bekanntlich *Pick* für die amnestische Aphasie in Anspruch genommen. Interessant ist jedenfalls, daß die Herde, die amnestische Aphasie machen, halbkreisförmig um das Zentrum der Wortklangbilder in der ersten Schläfewindung herumliegen, bald vor, bald darunter, bald dahinter, und schon diese Tatsache macht es wahrscheinlich, daß die amnestische Aphasie dadurch zustande kommt, wie es ja auch der Herr Vortragende ausgeführt hat, daß eine funktionelle Schädigung, eine Herabsetzung der Ansprechfähigkeit der Wortklangbilder durch den Herd bedingt wird. Für diese Auffassung sprechen auch bestimmte Erscheinungen, welche bei der Restitution der amnestischen



phasie bzw. bei der Übungsbehandlung derselben zutage treten. *F.* hat iederholt beobachtet, daß, nachdem anfangs die amnestische Aphasie der bekannten Form ausgesprochener optischer Aphasie sich geäußert atte, so daß z. B. der Kranke einen vorgehaltenen Schlüssel zwar erannte, aber nicht benennen konnte, daß er dann aber allmählich die ezeichnung beim Vorhalten des Schlüssels prompt fand, dagegen nicht nstande war, die Bezeichnung Schlüssel zu finden auf die einfache Vortellung des Schlüssels, die durch Beschreibung geweckt wurde. Man darf rohl ohne weiteres annehmen, daß der den Wortklangbildern zufließende teiz beim Sehen des Schlüssels größer ist als bei der Gesichtsvorstellung les Schlüssels. Für die Auffassung, daß die amnestische Aphasie auf iner Herabsetzung der Erregbarkeit des Zentrums der Wortklangbilder eruht, spricht auch die Art, wie man die Störung therapeutisch beseitigen ann. Man spricht dem Kranken vorerst, wenn man ihm ein Objekt eigt, die Bezeichnung vor, nach einiger Zeit genügt es, wenn man nur die erste Silbe, alsdann nur den Anfangsbuchstaben des Wortes vorspricht, und noch später genügt es, wenn man bloß dem Kranken die Lippenstellung, die dem Anfangsbuchstaben zugehört, zeigt, ohne einen Laut zu sprechen. Es zeigt dies, daß zur Erweckung der Bezeichnung allmählich immer geringere Hilfsmittel, also Reize, notwendig sind.

Herr *Bonhoeffer*: Ich möchte nur kurz noch Herrn *Foerster* zu seiner Darlegung, daß die Worterweckung stets leichter vom Begriff aus als von der Peripherie her geschehe, doch darauf aufmerksam machen, daß es keineswegs generell sich so verhält. Gerade die typischen Fälle von Erschwerung der Wortfindung, wie man sie bei Wortblindheit findet, zeigen, wie ich glaube, meist ein umgekehrtes Verhalten: Der Pat. findet das betr. Konkretum meist sofort, wenn man ihm z. B. die Frage stellt: „Was braucht der Schneider?" Er antwortet ohne Zögern: „die Scheere" oder „die Nadel", während ihm wenige Augenblicke vorher oder nachher die Bezeichnung für die vorgehaltene Nadel nicht einfällt.

Herr *Stertz* (Schlußwort) betont, daß bei amnestischer Aphasie, wenn sie in einer Erhöhung der Reizschwelle für das Anklingen der Wortbilder besteht, die Prüfung der speziell akustischen Merkfähigkeit Schwierigkeiten begegnet, aber doch mit Hilfe gewisser Methoden möglich ist, vorausgesetzt, daß der perzeptive Akt im übrigen ganz ungestört ist. Wenn letzteres der Fall ist, hat Vortr. bei amnestischer Aphasie oft eine gute Merkfähigkeit für sprachliche Eindrücke gefunden. Doch kann auch das von Herrn *Bonhoeffer* beobachtete Verhalten vorliegen.

Herr *Stöcker*: „Über klinische Stellung und Genese der Zwangsvorstellungen."

Unter 41 Fällen, die er untersuchte, sind 10 ausgesprochene konstitutionelle Zustände; 22 sind einfache Depressionszustände des manisch-depressiven Irreseins, die in Heilung ausgingen. 7 weitere Fälle stellen Übergangsformen zwischen diesen beiden dar, indem sich bei diesen auf

dem Boden einer von Haus aus bestehenden leichten Neigung zu ängstlichen Befürchtungen und zum Grübeln typische, episodisch auftretende Depressionszustände entwickelten. Fast in allen von diesen Fällen kann man nachweisen, daß die depressiven Symptome das zeitlich primäre in der Entstehung der krankhaften Erscheinungen bildeten. Ferner läßt sich ebenso in fast allen Fällen der Nachweis führen, daß es nicht reine Depressionszustände sind, sondern daß es sich um Mischformen handelt; an Stelle der Hemmung steht meist eine recht charakteristische Lebhaftigkeit der Aussprache, der Mimik und der Ausdrucksbewegungen; aber auch andere manische Mischkomponenten sind meist zu konstatieren. In 2 weiteren Fällen handelte es sich um eine in Heilung ausgegangene epileptische Psychose sowie eine arteriosklerotische Erkrankung mit Ausgang in Tod; auch diese beiden Zustände sind vorwiegend depressive Zustände mit deutlichen manischen Mischkomponenten.

Die konstitutionellen Zustände bekommen durch diese eigenartige Mischung ein ganz besonderes Gepräge, im übrigen ist bei ihnen ein deutlich schwankender Verlauf bald in kürzeren, bald in längeren Perioden zu konstatieren. Auch länger dauernde, als Depressionszustände imponierende Schwankungen heben sich mitunter recht deutlich ab.

Vortragender erblickt in dieser Mischung von manischen und depressiven Symptomen die Grundlage der Zwangsvorstellungen.

Er führte dann zunächst weiter aus, daß sich die Zwangsvorstellungen fast alle auf depressive Gedankengänge zurückführen lassen. Von diesen unterscheidet sie nur die Erkenntnis, daß es sich um etwas Krankhaftes, dem Gedankeninhalt Fremdes handelt. Diese Erkenntnis kommt nach dem Vortragenden dadurch zustande, daß die ursprünglich depressive Vorstellung an einen daneben bestehenden manischen Gefühlston anschlägt, etwa eine aus der depressiven Verstimmung auftauchende Selbstmordidee an eine daneben bestehende lebensbejahende Komponente. Die dieser entgegengesetzte Gefühlskomponente empfindet die depressive Vorstellung als etwas Fremdes und sucht sie mit Hilfe des ungehemmten Willens abzuwehren; dadurch kommt der Streit gegen die Vorstellung zustande. Es muß aber in diesem Kampfe stets der Wille unterliegen, damit das subjektive Gefühl zustande kommen kann, daß sich die Vorstellung wider Willen aufdrängt.

Auf diese Weise erklärt Vortragender die Entstehung der Zwangsgedanken heraus aus einem Widerstreit entgegengesetzter Gefühle. Die Zwangshandlungen und -halluzinationen sind sekundär als Folge von Zwangsgedanken aufzufassen.

Klinisch gehören, wie es in der Natur der Sache liegt, die meisten Zwangskranken dem manisch-depressiven Irresein an. Die konstitutionellen Formen setzt er gleich den anderen konstitutionellen Zuständen, der chronischen Manie und der konstitutionell-depressiven Verstimmung, und erkennt ihnen wegen ihrer Eigenart das Recht einer Sonderstellung zu.

Doch auch auf dem Boden jeder anderen Erkrankung können theotisch Zwangsgedanken auftreten, falls nur die Grundbedingung „Mischung anischer und depressiver Symptome“ gegeben ist.

Im übrigen verweist Vortr. auf die ausführliche spätere Publikation.

Diskussion. — Herr *Alzheimer* bemerkte hierzu, daß ihm och einige Fälle bekannt seien, in denen sich ein begleitender depressiver ymptomenkomplex nicht habe nachweisen lassen, die auch keine deutchen Schwankungen des Zustandes gezeigt hätten. Er glaubt, daß diese älle doch anders zu beurteilen seien.

Herr *Bonhoeffer*: Der Schwierigkeit, auf welche Kollege *Alzheimer* ei der Beurteilung chronischer Fälle von Zwangsvorstellungen hinweist, in ich auch begegnet. Immerhin muß ich sagen, daß ich, je mehr ich arauf achte, ausgesprochene Intensitätsschwankungen auch bei diesen ranken gesehen habe. Aber es scheint mir keineswegs immer möglich, nit Sicherheit im Einzelfall die speziell manisch-depressiven Schwankungen leutlich nachzuweisen. Ganz besonders schwierig ist es, im Einzelfalle len primären Charakter der depressiven Stimmung und den sekundären ler Zwangsvorstellungen nachzuweisen; so sehr ich klinisch überzeugt bin, daß es so ist, so ergibt sich das in manchen Fällen doch bloß aus der Analogie mit den einfacher liegenden Fällen.

Den periodischen Charakter der Zwangsideen und die engen Beziehungen zum Manisch-Depressiven habe ich seit Jahren in der Klinik vertreten, dagegen ist es mir nicht so völlig sicher gewesen, daß es sich immer um manisch-depressive Mischzustände dabei handeln muß, wie es der Herr Vortragende heute betont hat.

Bei den chronisch-konstitutionellen Formen von Zwangsvorstellungen ist es mir als ein nicht unwesentliches Beweismittel für die nahen klinischen Beziehungen zu den manisch-depressiven gewesen, daß sich in der Aszendenz dieser Kranken auffallend häufig manisch-depressive Erkrankungen und Suizidien nachweisen ließen. Es würde mich interessieren zu hören, ob auch der Herr Vortragende diese Beobachtung bestätigen kann.

Herr *Neisser*: Die enge Beziehung der Zwangsvorstellungen zum manisch-depressiven Irresein wird am besten bewiesen durch Fälle von rein zirkulärem Charakter, bei welchen gelegentlich einzelne depressive Phasen eine Fülle ausgeprägter Zwangsvorstellungen und Phobien zeigen, die mit Ablauf der Phase weichen. Ein Schulfall in dieser Hinsicht ist von Leubus aus schon vor 20 Jahren mitgeteilt worden. Als besonders wichtig für die Neurologen und Praktiker außerhalb der Anstalten ist mir *Bonhoeffers* vor einiger Zeit gegebene Bemerkung erschienen, daß nicht selten die leichten Formen zyklothymischer Depression durch die im Vordergrund stehenden Zwangsvorstellungen geradezu verdeckt werden. Andererseits bin ich aber auf Grund meiner Erfahrung fest überzeugt, daß diese Deutung keineswegs auf alle Fälle, namentlich nicht auf die schweren und chronischen Formen und auf manche im Kindesalter zu beobachtenden Fälle



zutrifft, daß also diese Meinung des Herrn Vortragenden, wie schon Herr *Alzheimer* betont hat, eine Einschränkung erfahren muß.

Im Schlußwort bemerkt Vortr. auf die Bemerkung von seiten des Herrn *Bonhoeffer*, daß auch in seinen Fällen, auch bei den konstitutionellen Formen auffällig viel Belastung mit manisch-depressivem Irresein zu finden ist; er erwähnt insbesondere einen Fall, in dem es sich bei dem Sohn um eine typisch konstitutionelle Form handelt, während der Vater anscheinend durchs ganze Leben hypomanisch veranlagt war, in den 40er Jahren mit depressiver Verstimmung und Zwangsgedanken erkrankte, aus der heraus sich ein Dauerzustand bis zum Tode im 62. Lebensjahr entwickelte.

Herr *v. Kunowski*-Rybnik berichtete über „Versuche zur Behandlung der Paralyse". *Erb*s Auffassung der Tabes als einer echten syphilitischen Krankheit hatte den Vortragenden schon vor Jahren veranlaßt, die Paralyse systematisch mit Quecksilber zu behandeln, wobei er abweichend von früheren Methoden kleine Dosen lange Zeiten hindurch anwandte. Versuche zur Behandlung der Tuberkulose und der Pyelitis hatten ihn nämlich zu der Überzeugung gebracht, daß bei chronischen parasitären Krankheiten nicht eine rasche Vernichtung der Krankheitskeime, sondern in erster Linie eine fermentative Wirkung, eine Anregung des Körpers zur Abwehr anzustreben und dabei besonders der Ernährungszustand im Auge zu behalten sei. Die jüngst erfolgte Entdeckung der Spirochäten bei Paralyse bestärkten den Vortragenden in der Absicht, die früheren, an dem beschränkten Material der Leubuser Pension angestellten Versuche jetzt an dem großen Rybniker Material fortzusetzen. Hier fand er aber bereits Versuche in gleicher Richtung vor, die Oberarzt *Fünfstück* eingeleitet hatte, und ermutigte ihn, sie trotz mancher Mißerfolge fortzusetzen.

Abgeschlossen liegt zunächst eine Versuchsreihe von 38 Paralytikern vor, die mit Quecksilber vorbehandelt und dann mit Salvarsan nachbehandelt wurden. Davon blieben 18 vorgeschrittene Fälle erfolglos, 6 Fälle zeigten eine vorübergehende deutliche Besserung mit nachfolgender Verschlimmerung. Bei 8 Fällen hält eine weitgehende Besserung jetzt über ½ Jahr an, bei 3 Fällen über 1 Jahr, bei 2 Fällen über 2 und 2½ Jahr. Von diesen Gebesserten sind 8 bisher arbeitsfähig geblieben und bekleiden zum Teil verantwortungsvolle Stellungen.

Die Quecksilberkur dauerte 6—9 Wochen, und es wurden wöchentlich 6 mal 2 g einer 30% grauen Salbe verabfolgt. Darauf folgten nach Ablauf einer mehrwöchigen Pause bis zu 14 Salvarsaninjektionen in Höhe von 0,1—0,3 und in Abständen von 3—8 Tagen. Die Gesamtmengen betrugen 0,85—1,66 g. Weitere Versuche mit noch kleineren Quecksilbermengen und von bedeutend längerer Dauer sind im Gange.

Auffällig waren bei den bisherigen Versuchen die häufigen starken

ewichtszunahmen bis zu 15 und 20 kg. Ferner wurde eine deutliche seda-
ve Wirkung des Quecksilbers beobachtet, die vorher gereichte Schlafmittel
übrigte. Umgekehrt trat bei vorher stumpfen Kranken nicht selten
ährend des Versuches eine vorübergehende leichte Erregung ähnlichen
harakters auf. Die erzielten Besserungen auch bei älteren Fällen waren
hr erheblich. Es gab kaum ein einziges Symptom der Paralyse, das
icht zum Verschwinden gebracht wurde, wenn auch nur wenige Fälle,
o sich alle zugleich bis auf leichte Andeutungen verloren. Besonders
ft schwand der Romberg, Gang- und Sprachstörung, wiederholt aber
uch die reflektorische Pupillenstarre. Durch Vergleich mit der Anamnese
urde mehrfach festgestellt, daß die zuletzt aufgetretenen Symptome
ich zuerst verloren. Sehr beeinträchtigt wurden die Ergebnisse dadurch,
aß rasch gebesserte Kranke die Anstalt gegen ärztlichen Rat verließen.
Raschen Besserungen folgten dann öfter ganz plötzliche Verschlimmerungen.
Dies wurde besonders bei Fällen beobachtet, die nur kurze Zeit mit Queck-
ilber vorbehandelt waren.

Diskussion. — Herr *Alzheimer* betont, daß die Spirochäten-
befunde im Gehirn der Paralytiker unbedingt zu neuen energischen thera-
peutischen Versuchen bei dieser Krankheit auffordern. Über die an der
Breslauer Klinik bisher mit der Quecksilber-Salvarsanbehandlung er-
zielten Resultate läßt sich bei der Kürze der Zeit noch kein Urteil fällen.
Die Kliniken sind mit ihrem fluktuierenden Krankenbestande nicht ge-
eignet, die Versuche in größerem Maßstabe durchzuführen. Das
kann nur geschehen, wenn sich Klinik und Provinzialanstalten zu
gemeinsamem planmäßigen Handeln zusammenschließen. Es wird sich
dann u. a. ermöglichen lassen, die in der Klinik begonnenen Kuren
in der Provinzialanstalt fortzusetzen und durch eine besonders sorgfältige
und über lange Zeit sich erstreckende Beobachtung des Verlaufs für
die schwierige Frage eines therapeutischen Erfolges sichere Anhalt-
punkte zu gewinnen.

Herr *O. Fischer*-Prag macht darauf aufmerksam, daß bisher die
gewöhnlich geübte spezifisch-antiluische Therapie bei der Paralyse
keinen großen Erfolg gezeigt hatte, und auch die Therapie, die der Herr
Vortragende angewendet hat, zeigt gewisse technische Abweichungen;
wenn es jetzt nach den Befunden *Noguchis* recht wahrscheinlich erscheint,
daß die Paralyse eine besondere Art von Spirochätenlues ist, und deshalb
eine entsprechend intensive antiluische Therapie doch Erfolge ver-
sprechen könnte, so soll man dennoch nicht vergessen, daß die besten
Erfolge bis jetzt mit der nichtspezifischen Therapie, der Leukozytose-
therapie mittels Nuklein oder Tuberkulin erzeugt worden sind. *v. Wagner*
hat vorgeschlagen, neben der Leukozytosetherapie eine Hg-Kur durch-
zuführen, und auch *F.* hat seit längerer Zeit ähnliche Versuche gemacht,
die recht erfreulich ausfielen; F. läßt immer eine Serie von Nukleininjek-
tionen, welches er dem Tuberkulin wegen der absoluten Ungiftigkeit vor-

zieht, mit einer Schmierkur oder einer Injektionskur mit löslichem Quecksilber abwechseln, was eventuell mehrmals wiederholt wird.

Die Resultate dieser Therapie sind recht günstig, und die meisten der Autoren, welche entsprechend günstiges Material in ähnlicher Weise behandelt haben, konnten von recht befriedigenden Erfolgen berichten. Deshalb ist es wohl Pflicht aller Psychiater, die Therapie der Paralyse wieder intensiv aufzunehmen und zwar womöglich in den frühesten Stadien der Krankheit, weil da die Chancen am besten sein müssen. Doch möchte *F.* betonen, daß man bei allen diesen Versuchen alle möglichen klinischen diagnostischen Mittel verwenden muß, namentlich müssen solche Fälle gründlichst serologisch untersucht werden (auch der Liquor). Es muß alles geschehen sein, damit man beweisen kann, daß man Grund hatte, die Diagnose Paralyse zu stellen, denn sonst bleibt dem Zweifel Tür und Tor offen, und das soll im Interesse dieser wichtigen Frage vermieden werden.

Herr *O. Foerster*: Ich möchte in diesem Zusammenhange doch gewisse neuere therapeutische Bestrebungen nicht unerwähnt lassen, welche von der von Herrn *Fischer* ja bereits vorhin erwähnten Tatsache ausgehen, daß bei der intramuskulären und intravenösen Injektion die wirksamen Stoffe eigentlich in das Gewebe des Zentralnervensystems nicht eindringen. Es ist festgestellt, wenn man ein Tier mit Salvarsan vergiftet, daß dann das Arsenik in allen inneren Organen, aber nicht im Gehirn und Rückenmark nachweisbar ist. Auch geht Quecksilber nur mit großer Mühe in den Liquor cerebrospinalis über. Das einzige Präparat, dem diese Eigenschaft zukommt, scheint das Kalomel zu sein. Man hat deswegen versucht, die betreffenden Substanzen intralumbal zu injizieren. Von französischen Autoren ist vor einer Reihe von Jahren den intralumbalen Quecksilberinjektionen das Wort geredet worden. *Marinesco* hat zuerst das Serum von Kranken, denen eine Injektion von Arseno-phenylo-glycin gemacht war, intralumbal injiziert. Dann folgten Arbeiten von *Wechselmann* und auch wieder von *Marinesco*, die Salvarsan direkt intralumbal injizierten, und neuerdings hat bekanntlich *Swift* das Serum von Kranken, die eine Neo-Salvarsaninjektion erhalten hatten, in den Lumbalsack injiziert. Ich habe diese letztere Methode seit 3½ Monat in zahlreichen Fällen von Tabes und auch in 6 Fällen von Paralyse angewandt, allerdings in Kombination mit intraduralen Quecksilberinjektionen, die ich bereits seit Jahren anwende, und zum größten Teil auch in Kombination mit intramuskulären Kalomelinjektionen, denen ich ja, wie wohl bekannt, seit Jahren das Wort rede. Ich will über die funktionellen Resultate, soweit die Paralyse in Betracht kommt, hier deshalb weiter nichts angeben, weil die Beobachtungszeit ja viel zu kurz ist. Ich will nur nicht unerwähnt lassen, daß ich in einem Fall die erloschene Lichtreaktion der Pupillen habe wiederkehren sehen, und daß sich z. B. Sprachstörungen und Gangstörungen in einzelnen Fällen ganz auffallend gebessert haben.



Der Umstand, der mich veranlaßt, diese Versuche hier zu erwähnen, ist die Tatsache, daß es auf diesem Wege gelingt, im Liquor die Wassermannsche Reaktion und die Lymphozytose zum Verschwinden zu bringen, was durch die intravenösen und intramuskulären Injektionen nach meinen Erfahrungen so gut wie ausgeschlossen ist. Ich habe bei Paralyse wohl gelegentlich im Blut den Wassermann negativ werden sehen, im Liquor dagegen eigentlich nie. Ich möchte deshalb schon heut unbedingt der Fortsetzung dieser Behandlungsmethode das Wort reden.

Herr *Bonhoeffer*: Ich möchte im Hinblick auf die vorgeschriebene Zeit nur ein Wort gerade im Hinblick auf das von Herrn *Alzheimer* vorgeschlagene gemeinsame Vorgehen in der Paralysentherapie sagen. Es scheint mir doch wesentlich, darauf hinzuweisen, daß ein energisches Vorgehen auch mit großen Quecksilber- und Salvarsandosen bei der Paralyse meines Erachtens keine erheblichen Gefahren mit sich bringt. Es mag ganz gut sein, auf dem von dem Herrn Vortragenden betretenen Weg mit den kleinen Hg-Dosen zu gehen, aber jedenfalls ist der andere Weg nicht gefährlich. Ich habe seit der intravenösen Injektion des Salvarsan von ihm nichts Ungünstiges, freilich auch nichts Günstiges gesehen. Ich glaube, man muß jetzt alle Wege versuchen, die eine Möglichkeit ergeben, die Spirochäten im Gehirn anzugreifen und die Hindernisse zu überwinden, welche die Gefäßwandungen des Gehirns den spezifisch auf die Spirochäten wirkenden Mitteln entgegensetzen. Wir haben versucht, die Salvarsanwirkung dadurch zu sichern, daß wir es während der Temperatursteigerung durch nukleinsaures Natron applizierten, in der Hoffnung, daß in dieser Zeit die Durchlässigkeit der Gefäße vielleicht verändert sei. Auch die Kombination der Mittel, die der Herr Vortragende vermieden wissen will, scheint mir gerade im Hinblick auf die *Ehrlich*schen Arbeiten, aus denen hervorgeht, daß unter Umständen durch andere für sich allein unwirksame Mittel eine Steigerung der Salvarsanwirkung erzielt werden kann, durchaus geboten. Wir wollen darum jetzt auch die von *Morgenroth* bei verschiedenen Prozessen mit Erfolg angewandte Kombination von nukleinsaurem Natron mit Salizyl und Salvarsan anwenden, um zu sehen, ob nicht auch bei der Paralyse sich eine Wirkung zeigt.

Die von Herrn *Foerster* erwähnte Methode, die neuerdings von den Amerikanern bei Tabes empfohlen wird, das kurz nach der Salvarsaninjektion entnommene Serum in den Lumbalsack zu injizieren, haben wir auch auf die Paralyse in der Weise übertragen, daß wir das Serum durch die Hirnpunktion in den Arachnoidealraum und in die Ventrikel injizierten. Bei vorsichtigem Handhaben haben wir davon zumeist keine üblen Folgen beobachtet. Sowohl die Kranken wie die Angehörigen sind von den Erfolgen angetan. Wir selbst haben noch kein Urteil über die Wirkung. Um zu einem Urteil über die Erfolge zu kommen, scheint mir vor allem wichtig, daß man in der Auswahl der Fälle vorsichtig ist. Man sollte aus naheliegenden klinischen Gründen alle die Paralytiker, die sich



in akuten psychotischen Phasen befinden, seien es manische, depressive, delirante, stuporöse, oder auch solche, die sich schon in der Remission befinden, nicht zur Beurteilung eines Erfolges heranziehen, sondern sich auf die einfache demente Form beschränken.

Herr *Neisser*: Der Appell zu gemeinsamer Arbeit wird von Herrn *Alzheimer* nicht vergeblich gerichtet werden. Ich muß persönlich zwar sagen, daß ich nach wie vor und nach dem heute Gehörten noch mehr die Anstalten im Vergleich zu den Kliniken nicht für die geeigneten Versuchsstätten halte. Ich meine, daß eine kleine Zahl sehr sorgfältig und sachkundig untersuchter und beobachteter Fälle wichtiger ist als eine Fülle von Fällen mit etwas geringerer Zuverlässigkeit der Prüfungen, ganz besonders bei therapeutischen Fragen. Ich bitte deshalb Herrn *Alzheimer*, ein genaues Schema der Behandlung ausarbeiten und den Anstalten mitteilen zu wollen, zwecks möglichster Einheitlichkeit des Vorgehens.

Herr *O. Fischer* bemerkt noch zu den Worten des Herrn *Foerster*, daß man mit der Beurteilung des Liquorbefundes bei mit Salvarsan behandelten Paralytikern recht vorsichtig sein muß. *F.* hat drei mit Salvarsan behandelte Paralytiker anatomisch untersucht. In zwei Fällen hatte die Therapie verschlechternd eingewirkt, und in allen Fällen war der Liquor bis zum Tod höchst zellarm, und die histologische Untersuchung ergab, daß die weichen Meningen des Hirns und Rückenmarks mehr als sonst verdickt waren, und zwar derartig, daß die obersten Lagen der Hirnhäute aus dichtem zellarmen Bindegewebe bestanden, darunter war aber starke Infiltration, und auch die Hirnrinde selbst unterschied sich in nichts von der eines gewöhnlichen Paralytikergehirns. Deshalb konnten die doch sehr reichlich vorhandenen Exsudatzellen nicht in den Liquor gelangen, weil sie von der schwartigen Oberfläche der Meningen nicht durchgelassen werden. *F.* zieht daraus den Schluß, daß das Salvarsan nur eine Art oberflächlicher narbiger Abheilung der chronischen Meningitis herbeiführte und dementsprechend eine Veränderung des Liquors, welche eine Besserung der Verhältnisse des Zentralnervensystems vortäuschte.

Herr *v. Kunowski*-Rybnik: Die Versuchsergebnisse werden allerdings dadurch etwas beeinträchtigt, daß die Diagnose nicht durch die Lumbalpunktion von vornherein gesichert wurde. Doch waren fast alle Fälle klinisch unzweifelhafte Paralysen, im besonderen die günstig verlaufenen, und bei den zweifelhaften hatte Oberarzt *Fünfstück* wenigstens das Blut auf Dungern untersucht. Er hatte zunächst rein therapeutische Ziele im Auge gehabt und fürchtete deren Beeinträchtigung durch die Lumbalpunktion. Seit der Vortragende die Verantwortung für die Versuche trägt, hat er auf eine regelmäßige Untersuchung des Liquor hingewirkt. Die bisherigen Versuche erheben noch keinen anderen Anspruch als den einer Anregung.

Herr *Golla*: Die Bedeutung der *Abderhalden*schen Serodiagnostik für die Neurologie und Psychiatrie.



Vortr. berichtet über die mit der *Abderhalden*schen Dialysiermethode i einer Untersuchungsreihe von 238 Sera erhaltenen Resultate. Es ırden folgende Organe verwendet: Gehirn, Schilddrüse, Hoden bzw. varium in allen Fällen, in einer großen Anzahl außerdem Leber, Niere, ebenniere, bei einigen Fällen auch Plazenta, Hypophyse, Rückenmark, uskel. Im einzelnen wurden untersucht: Paralyse 35 Fälle, Tabes 5, ues cerebrosp. 6, multiple Sklerose 7, Syringomyelie 2, Tumor cerebri 7, Iypophysentumor 3, ferner etwa 25 Fälle, die sich verteilen auf Polioıyelitis, Myelitis, kombinierte Systemerkrankung, amyotrophische Lateralklerose, Apoplexie, Huntingtonsche Chorea, Paralysis agitans und einige iagnostisch unklare Gehirn- und Rückenmarkerkrankungen; des weiteren Epilepsie 18, chronischer Alkoholismus bzw. alkoholistische Psychosen 6, Dementia praecox 59, manisch-depressives Irresein 17, Psychopathie und Hysterie 7, 10 Fälle, bei denen die Differentialdiagnose manisch-depressives rresein bzw. Dementia praecox bisher nicht gestellt werden konnte, und 12 Sera von Gesunden.

Bei etwa 15 Sera war die Kontrolle mit Serum allein positiv, die Sera von Gesunden zeigten durchweg negative Ninhydrinreaktion aller Organdialysate.

Bei Paralyse fand sich in 80% positive Reaktion der Dialysate mit Gehirn, daneben aber in 30—60% der mit Thyreoidea, Testikel, Ovarium, Leber, Niere bzw. Nebenniere angesetzten Sera. Die Sera von Tabes ergaben durchweg, die von zerebrospinaler Lues in etwa 50% nur Gehirn- bzw. Rückenmarkabbau, 1 Fall von Lues cerebri auch Schilddrüsenabbau.

Bei Epilepsie sind die Prozentzahlen folgende: Gehirn 60, Schilddrüse 17, Geschlechtsdrüsen 17, Leber 15, Niere 10.

Die Fälle der übrigen genannten organischen Gehirn- und Rückenmarkkrankheiten zeigten in über 50% fast nur Abbau von Nervengewebe. Besonders hervorgehoben seien 2 Fälle von amyotrophischer Lateralsklerose mit Gehirn- und Muskelabbau.

Bei Dementia praecox prävaliert die positive Ninhydrinreaktion der Geschlechtsdrüsendialysate mit 90% (Hoden) bzw. 70% (Ovarium), die Dialysate der mit den übrigen Organen angesetzten Sera zeigten indessen auch bei dieser Krankheit in 20—50% positive Reaktion.

Von den 17 Sera klinisch sicherer Manisch-Depressiver wurde 3 mal Gehirn, 2 mal Schilddrüse und 4 mal Geschlechtsorgan abgebaut, während die klinisch unsicheren Fälle (Dementia praecox? Manisch-depressives Irresein?) viel höhere Prozentzahlen aufweisen: Gehirn 40%, Schilddrüse 30%, Geschlechtsdrüsen 80%.

1 unter den 7 Fällen von Hysterie bzw. Psychopathie zeigte positive Reaktion des Geschlechtsdrüsendialysates, und zwar ein Fall, bei dem Dementia praecox mit Sicherheit auszuschließen ist.

Bei chronischem Alkoholismus und alkoholistischen Geistesstörungen

fanden sich folgende positive Resultate: Gehirn 50%, Schilddrüse 16%, Hoden 30%, Leber 30%.

Ganz im allgemeinen überwiegen also positive Reaktionen bei organischen Gehirn- und Rückenmarkerkrankungen gegenüber funktionellen Störungen. Hervorgehoben sei das Prävalieren von Gehirnabbau bei Paralyse und von Geschlechtsdrüsenabbau bei Dementia praecox, wenn im übrigen auch die *Fauser*schen Reaktionstypen gerade bei diesen beiden Erkrankungen nicht bestätigt werden konnten. Positiver Ausfall des Geschlechtsdrüsendialysates ist nicht charakteristisch für Dementia praecox, findet sich vielmehr auch bei Epilepsie, Alkoholismus und vor allem bei Paralyse, des weiteren auch — allerdings in beschränktem Maße — beim manisch-depressiven Irresein. In dem einen Falle — es handelt sich um eine im Klimakterium befindliche Frau, die vor kurzem wegen Kropfes operiert worden war — lassen sich die positiven Resultate eventuell erklären, bei den übrigen Fällen fehlt es an Erklärungsmöglichkeiten.

Auf die Frage der Spezifizität und der praktischen Brauchbarkeit kann hier nicht eingegangen werden. Eine Aufklärung der sogenannten paradoxen Reaktionen ist möglicherweise von einer in großem Maßstabe durchgeführten Untersuchung bei Gesunden, und zwar unter Berücksichtigung des eventuellen Einflusses der Pubertät, Menstruation, Rückbildung usw. zu erwarten. Der *Abderhalden*schen Forderung, die Resultate nicht lediglich statistisch zu verwerten, sondern unter Zugrundelegung der klinischen Erscheinungen, soll in einer ausführlichen Mitteilung entsprochen werden.

Herr *Sittig*-Prag: Über histologische Veränderungen im Kleinhirn bei tuberkulöser Meningitis.

Es wird zunächst auf die beiden Fälle von *Nonne* und *Hauptmann* von akuter zerebellarer Ataxie bei tuberkulöser Meningitis hingewiesen. In einer Reihe von Fällen fanden sich schwere Veränderungen an den Purkinjezellen (Schrumpfung), selbst Ausfall derselben mit Wucherung der Glia in der Purkinjeschicht oder Lückenbildung in und unter dieser Schichte, wie sie bei der Paralyse oft beobachtet wird. Auch Kleinhirnsymptome konnten in einzelnen Fällen klinisch erhoben werden. Diese Veränderungen sind wahrscheinlich tuberkulotoxischer Natur. Sie reihen sich den vom Verfasser gefundenen herdförmigen Destruktionen im Großhirn an, die dem spongiösen Rindenschwund ähnlich sind, und für die wahrscheinlich auch eine toxische Genese anzunehmen ist. Es wird auf die Möglichkeit hingewiesen, daß dem von *Foerster* aufgestellten meningozerebellaren Symptomenkomplex analoge, vielleicht auch anatomisch nachweisbare Veränderungen zugrunde liegen könnten. Weitere Untersuchungen werden in Aussicht gestellt.

Cl. Neißer.



Kleinere Mitteilungen.

Der vom Deutschen Verein für Psychiatrie ver-
staltete Fortbildungskurs wird in diesem Jahre vom 8. bis
. Oktober in Berlin stattfinden. Es sind in Aussicht genommen für
ervenheilkunde 20 Stunden, für pathologische Anatomie 16 Stunden,
r Chirurgie 14 Stunden, für innere Medizin 12 Stunden, für Haut- und
eschlechtskrankheiten 10 Stunden und für Hygiene 10 Stunden. Der
eitrag jedes Teilnehmers beträgt 80 Mark. Anmeldungen und etwaige
nfragen werden erbeten an San.-R. Dr. *Hans Laehr* in Zehlendorf-
Vannseebahn, Schweizerhof.

Deutscher Verein für Psychiatrie und Gesell-
chaft Deutscher Naturforscher und Ärzte. —
Im Frühjahr 1913 hat die Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte
an die mit ihr in Beziehung stehenden Fachvereine ein Rundschreiben
versandt, worin auf gewisse Schäden des wissenschaftlichen Versamm-
lungswesens hingewiesen wird und zugleich Vorschläge zu seiner an-
gemessenen Reform gemacht werden. Der starken Häufung dieser Ver-
sammlungen wird gedacht, die es dem einzelnen völlig unmöglich machen,
überall zugegen zu sein, wo für seinen Beruf wichtige Fragen erörtert
werden. Beschränkt er sich auf reine Fachkongresse, so geht ihm die
Fühlung mit verwandten Gebieten nur zu leicht verloren; hält er sich
aber an die zusammenfassenden Naturforscherversammlungen, so wird
er dort wenigstens teilweise die einzelnen Sektionen nicht mehr in der
früheren Blüte vorfinden. Trotz aller Spezialisierung der Wissenschaften,
ja vielfach gerade wegen derselben ist es heutzutage mehr als je unerläß-
liches Bedürfnis, daß eine Vereinigung erhalten bleibt, durch welche die
mancherlei Zweige der Naturkunde und ihre Vertreter untereinander
Fühlung behalten, um sich gegenseitig durch neue Anregungen zu fördern
und die Erfahrungen, die den Gesichtskreis der einzelnen Fächer über-
schreiten, zum Austausch zu bringen. Alle Berufe, die auf den Grund-
lagen der Naturkunde sich aufbauen, haben an dem Fortbestand der
Naturforscherversammlungen und an ihrer gedeihlichen Weiterentwicklung
ein gemeinsames Interesse.

Um dieses Interesse zu wahren, ohne zugleich den Fortschritten
der Spezialwissenschaften hinderlich in den Weg zu treten, ist zur Er-

örterung gestellt worden, ob nicht zweckmäßigerweise die einzelnen wissenschaftlichen Gesellschaften, wie sie sich im Laufe der Jahre von der Naturforscherversammlung abgezweigt haben, ihre Versammlungen je in einem Jahre für sich gesondert, in jedem 2. Jahre aber im unmittelbaren Anschluß an die gemeinsame Naturforscherversammlung abhalten wollten.

Auch unserer letzten Jahresversammlung in Breslau hat diese Anfrage vorgelegen. Auf Antrag des Vorstands ist dort beschlossen worden, diesem Vorschlage zunächst nicht beizutreten, ihn aber für künftig im Auge zu behalten.

Bedenken gegen den Vorschlag sind auch aus den Kreisen anderer Fachvereine laut geworden. Von deren selbständiger Organisation wollte man nirgends lassen, man fürchtete ein allzu gewaltiges Anwachsen der gemeinsamen Versammlungen, wodurch man auch in der Auswahl der Versammlungsorte unliebsam beschränkt werde. Teilweise waren auch die Schwierigkeiten hervorgehoben worden, die daraus erwachsen, daß die Grenzen des Deutschen Reiches und des deutschen Sprachgebiets recht verschiedene sind.

Zu weiterer Erörterung der Angelegenheit ist dann auf 20. September v. Js. eine Kommissionssitzung einberufen worden, die vor Eröffnung der Wiener Naturforscherversammlung getagt hat. Im Auftrage des Vorstands habe ich dieser Sitzung angewohnt. Sie hatte lediglich informatorische Bedeutung; was dort beraten worden ist, soll zur Beschlußfassung erst der nächsten Naturforscherversammlung in Hannover unterbreitet werden, damit alle Fachvereine zu diesen vorläufigen Ergebnissen erst Stellung nehmen können. Für unseren Verein hat die Jahresversammlung in Straßburg das entscheidende Wort zu sprechen.

Über den Austausch der zunächst recht weit auseinandergehenden Ansichten in Wien kann hier hinweggegangen werden, weil es schließlich zu einer Resolution gekommen ist, der nur in ihrem 3. Satze von 3 Stimmen nicht beigepflichtet worden ist; alle anderen Sätze sind einstimmig angenommen worden. Bei den Beratungen habe ich dem Beschluß der Breslauer Versammlung entsprechend eine zuwartende Haltung beobachtet; der Resolution selbst habe ich in allen ihren Punkten zugestimmt. Sie lautet:

Die Versammlung hält es für wünschenswert:

1. daß im Interesse der verschiedenen Disziplinen auf naturwissenschaftlich-medizinischem Gebiet zum Zweck der Verbesserung der Abteilungssitzungen auf der Naturforscherversammlung und um auch dort gute allgemeine Vorträge zu ermöglichen, die großen allgemeinen Vereine auf naturwissenschaftlich-medizinischem Gebiet sich gemäß des eventuell zu reformierenden § 16 Abs. 2 der Geschäftsordnung der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte an der Organisation beteiligen;



2. daß diese Gesellschaften unter Änderung der Satzungen der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte im Anschluß der Gesellschaft entsprechend Vertretung finden;
3. daß bei einer Änderung der Satzungen der Naturforschergesellschaft[1]) vorzusehen ist, um vorbildlich für andere Gesellschaften zu wirken, die Naturforscherversammlung nur alle 2 Jahre tagen zu lassen, wobei es dann den anderen Gesellschaften überlassen bleibt, ob sie ihre jährliche oder mehrjährige Versammlung unabhängig oder gemeinsam mit der Naturforscherversammlung halten wollen;
4. daß die Tagung der Naturforscherversammlung womöglich verkürzt und die geselligen Veranstaltungen vereinfacht werden;
5. daß die Naturforscherversammlung eine Zentralstelle für Veranstaltung von Kongressen aller Art auf naturwissenschaftlich-medizinischem Gebiet organisiere, um als Informationsstelle für alle derartigen Veranstaltungen zu dienen.

Die weitgehende Übereinstimmung, die über alle diese Punkte in der Kommission geherrscht hat, läßt hoffen, daß ihre Beschlüsse auch in den einzelnen wissenschaftlichen Vereinen Anklang finden werden. Zunächst möchte ich dies von seiten unseres Deutschen Vereins für Psychiatrie wünschen.

Zu Satz 1 hat der Vorstand vorläufig seine Zustimmung erteilt und vorbehältlich des Einverständnisses der Jahresversammlung sich zur Beteiligung an der Organisation der Abteilung für Neurologie und Psychiatrie auf der Naturforscherversammlung zu Hannover im Herbst d. J. bereit erklärt. Diesem Beschlusse möchte ich die Jahresversammlung bitten beizutreten. Die Versammlung in Hannover ist von der in Straßburg zeitlich und räumlich weit genug getrennt, um zahlreichen Besuch der Naturforscherversammlung aus unseren Kreisen zu gestatten und um für diese Versammlung ein zugkräftiges Programm zu gewinnen. Die diesjährige Naturforscherversammlung kann dann schon als eine Art Probe darauf dienen, in wieweit sich die geplanten Neuerungen zur weiteren Fortsetzung empfehlen. Für dieselben kann es uns jedenfalls stimmen, daß der eigenen Vereinsorganisation eine unmittelbare Mitwirkung bei der Organisation der Abteilung auf der Naturforscherversammlung zukommt. Deren Programm wird so wesentlich unabhängiger von örtlichen Zufälligkeiten; es kann weit eher bestimmte Ziele im Sinne der Bestrebungen unseres Spezialvereins verfolgen und die Bedeutung der Abteilungssitzungen dadurch so heben, daß sie unbeschadet unserer Sonderinteressen an die Stelle einer Jahresversammlung des eigenen Vereins treten können — nötigenfalls unter Ergänzung des wissenschaftlichen Teils durch eine Geschäftssitzung.

Der Zusammenhang mit anderen Abteilungen und ein angemessener

[1]) Der Entwurf zu abgeänderten Satzungen hat mir vorgelegen; in Straßburg werde ich darüber Auskunft erteilen können (Zusatz bei d. Korr.).

Einfluß auf die Naturforscherversammlung überhaupt wird gewährleistet durch Satz 2, der uns die gebührende Vertretung im Ausschuß sichert. Durch sie können wir es namentlich auch erreichen, Referate und Vorträge aus unserem Gebiet, so viel als es angezeigt erscheint, für allgemeine Sitzungen anberaumen zu lassen oder auf etwa wünschenswerte gemeinsame Sitzungen mit anderen Abteilungen hinzuwirken. Haben wir auch nicht über Vernachlässigung in dieser Hinsicht zu klagen, so muß die Psychiatrie sich doch stets gegenwärtig halten, daß sie mehr als andere medizinische Fächer um ihre Stellung auf dem Boden exakter Naturwissenschaft zu kämpfen hat, und daß sie kein Mittel aus der Hand geben darf, das ihren Einfluß im öffentlichen Leben zu stützen geeignet ist.

Wie der 3. Satz in der Kommission nicht einstimmig angenommen worden ist, so wird er auch im Kreise unserer Berufsgenossen vielleicht am meisten auf Bedenken stoßen. Legt er uns doch nahe, unsere eigenen Tagungen zugunsten der Naturforscherversammlung einzuschränken, und droht er gewissermaßen, in die Selbständigkeit unseres Vereinslebens einzugreifen. Sorgfältig vermeidet er ja derartige Forderungen; aber indem die Naturforscherversammlung vorbildlich wirken will, erteilt sie doch eine unzweideutige Mahnung. Ihr Vorbild besteht in einer Selbstbeschränkung, die in ihrer Wirkung freilich auch sofort auf den Ersatz dessen bedacht ist, was sie preisgibt. Auch uns wird nahegelegt, auf eine selbständige Jahresversammlung in jedem 2. Jahre zu verzichten; an ihre Stelle soll die Abteilung der Naturforscherversammlung treten. So hätten wir uns jedenfalls in jedem 2. Jahre der freien Wahl des Versammlungsorts zu begeben, wenn wir uns nicht den Luxus einer eigenen Tagung neben der Naturforscherversammlung leisten wollen. Was wir aber gewinnen durch die mancherlei Beziehungen zu anderen naturwissenschaftlichen Fächern und durch die Gelegenheit, an den allgemeinen Sitzungen mit ihren orientierenden Vorträgen auf Gebieten, die wir selbst zu pflegen nicht in der Lage sind, teilzunehmen, das dürfte doch wohl die bescheidene Einbuße an Selbständigkeit reichlich aufwiegen. — Dieser 3. Satz bildet den Kernpunkt der ganzen Reformfrage; mit ihm steht und fällt alles, was in dem bedeutsamen Wunsche angestrebt wird, einer Zersplitterung naturwissenschaftlicher Forschung und angemessener Verwertung ihrer Ergebnisse entgegenzuarbeiten. Für ihn muß meiner Ansicht nach jeder eintreten, der in seinen Fachinteressen sich vor Einseitigkeit bewahren will, und wohl niemand hat sich davor mehr zu hüten als der Psychiater.

Satz 4 wird auf die allgemeine Zustimmung aller derer rechnen dürfen, die zu den Kongressen um der Wissenschaft und nicht um des Vergnügens willen gehen. Was an geselligen Veranstaltungen bleiben wird zur Belebung der persönlichen Beziehungen, kann die einzelnen Vereine von besonderen Sorgen in dieser Richtung nur entlasten.

Auch Satz 5 kann den Mitgliedern unseres Vereins nur einen Gewinn



ngen, indem er ihnen einen Überblick über die im Laufe des Jahres vorstehenden Versammlungen gewährt und jedem einzelnen die Auf-llung eines Programms für Versammlungsbesuche erleichtert.

Schließen wir uns den Vorschlägen der Kommission an, und wollen r den Besuch der Naturforscherversammlung durch die Mitglieder iseres Vereins fördern, so wird allerdings eine Nachprüfung unserer itzungen unvermeidlich sein und werden wir wohl auch einige Gepflogen-iten der letzten Zeit abändern müssen. — Die Naturforscherversamm-ingen tagen regelmäßig in der zweiten Hälfte des September und werden n dieser Gewohnheit wohl auch festhalten. In der Regel unmittelbar or denselben haben früher auch die Versammlungen unseres Vereins tattgefunden. Eine Änderung ist 1897 erstmals angeregt, 1898 beschlossen vorden und seit 1899 haben wir unsere Jahresversammlungen im Frühjahr. Davon abzugehen, haben wir von uns aus kein Bedürfnis; es kann sich nur dann empfehlen, wenn an die Stelle jeder 2. Tagung die Naturforscher-versammlungen treten würden, weil so die Zeitabstände zwischen unseren Zusammenkünften allzu ungleich würden. Den meisten Mitgliedern unseres Vereins dürfte der September kaum weniger gelegen sein, als der ziemlich wetterwendische April. Den Akademikern unter uns nur erwächst vielleicht aus Versammlungen im September eine unwillkommenere Zerlegung ihrer Ferien als in der Zeit nach Ostern.

Gerade bei ihnen darf aber wohl auch ein erhebliches Interesse an der wissenschaftlichen Bedeutung der Naturforscherversammlung und an der Berührung mit anderen Wissensgebieten vorausgesetzt werden. Den meisten derselben dürfte es insbesondere von Wert sein, wenn wieder mehr Fühlung mit den Neurologen hergestellt wird. Seitdem sie sich 1906 ebenfalls von der Naturforscherversammlung losgelöst haben, ist diese Fühlung zweifellos oberflächlicher geworden, beiden Spezialgebieten gewiß nicht nur zum Vorteil.

Für die allgemein medizinische und naturwissenschaftliche Fortbildung Sorge zu tragen, mag ja zunächst als Aufgabe des einzelnen gelten. Ihrer Förderung wird sich aber auch ein Standesverein nicht entziehen können, wenn sie erfolgen kann unbeschadet der Pflege des Fortschritts auf dem eigensten Gebiet. Vernachlässigung des letzteren braucht nicht gefürchtet zu werden, wenn den Fachvereinen unmittelbarer Einfluß zukommt auf die Organisation der Abteilungen.

Ernstlicher Erwägung wird die Frage bedürfen, ob bei den bevorstehenden Neuerungen Beibehaltung der neurologisch-psychiatrischen Abteilung oder eine Zweiteilung derselben angestrebt werden soll. Es hängt das nicht von uns allein ab, sondern auch von der Stellungnahme der Neurologen. Persönlich würde ich der Vereinigung der beiden Fächer den Vorzug geben und einer Sonderung erst dann das Wort reden, wenn sich gemeinsame Tagungen nicht bewähren sollten. In Wien haben innerhalb der gemeinsamen Abteilung teilweise getrennte Sitzungen statt-



gefunden, ein Ausweg, der vielleicht auch künftig sich als gangbar erweisen wird.

Eine Schattenseite bleibt es, daß die Naturforscherversammlungen, zumal wenn ihnen aus den geplanten Änderungen eine neue Blüte erwächst, auf verhältnismäßig wenig große Städte mit reichlichen Unterkunftsgelegenheiten angewiesen bleiben wird. Schon in Wien hat die Unterbringung der mehr als 5000 Teilnehmer Schwierigkeiten verursacht. Doch wird ein Teil der Versammlungsbesucher auch in dem Schatten der Großstädte Licht zu finden wissen. Jedenfalls werden diejenigen unserer Kollegen, die ihr Beruf in entlegene Gegenden verschlagen hat, auch an Zeit und Geld für die Versammlungsreisen sparen, wenn die Entscheidung über das Versammlungswesen in dem Sinne fällt, wie die Wiener Beschlüsse dies anstreben, und die großen Verkehrszentren für die Versammlungen hauptsächlich in Betracht kommen.

Auch unsere Vereinskasse dürfte dadurch in manchen Punkten entlastet werden. Bei ihrem günstigen Stande hoffe ich, daß in den Jahren, die der Naturforscherversammlung gehören würden, auf einen Jahresbeitrag für unseren Verein verzichtet werden könnte.

So komme ich zu den Anträgen:

1. Die Jahresversammlung wolle die vom Vorstand erteilte vorläufige Zusage zur Beteiligung an der Organisation der psychiatrisch-neurologischen Abteilung der Naturforscherversammlung in Hannover gutheißen.
2. Sie wolle der zu Wien gefaßten Resolution in allen 5 Sätzen beitreten und den Vorstand ermächtigen, im Sinne dieser Resolution mit der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte weitere Abmachungen zu treffen.
3. Sie wolle den Vorstand beauftragen, die dadurch etwa notwendig werdenden Änderungen der Vereinssatzungen so vorzubereiten, daß die Jahresversammlung 1915 darüber endgültige Beschlüsse fassen kann.

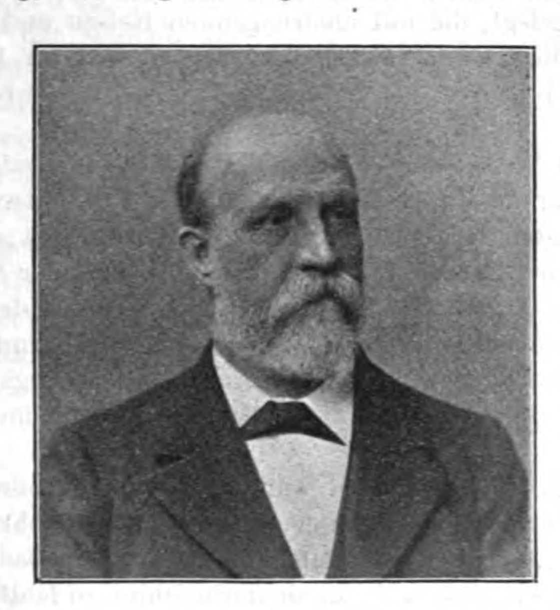
Kreuser.

Nekrolog *Bernhard Oebeke.* — Nur wenige Jahre sind vorübergegangen, seitdem ich meinem alten und lieben Freunde zu seinem 50jähr. Doktorjubiläum die Glückwünsche der rheinischen Irrenärzte überbringen konnte, und jetzt kann ich zu den Kränzen auf seinem Grabe nur noch Worten der Trauer Ausdruck verleihen, mit der uns sein Hinscheiden erfüllt hat.

Ich hatte damals in der Psych.-neurol. Wochenschr. vom 17. Juli 1909/10 einige kurze biographische Bemerkungen hinzugefügt und darauf hingewiesen, daß *Oebekes* Leben wie ein breiter Strom in geebnetem Bette ruhig dahingeflossen und seine ärztliche Tätigkeit in der Endenicher

stalt begonnen und eigentlich auch in ihr ihr Ende gefunden habe. non am Tage nach seiner Promotion (4. August 1859) trat der noch ht 22jährige Doktor in die Irren-Heil- und Pflegeanstalt seines Onkels *charz* ein, der diese 1844 in Endenich begründet hatte, und die Jahre s Sturmes und der Erwartung, die dem angehenden Arzte selten erspart eiben, gingen an ihm unbemerkt vorüber.

Nach dem Austritte seines Onkels übernahm er 1872 die Anstalt lbständig, und wenn er sie auch nach einer 30jähr. Tätigkeit in andere ände übergeben und seinen Wohnsitz nach Bonn verlegt hatte, so blieb doch mit der Stätte seiner Lebensarbeit bis kurz vor seinem Tode in nger Verbindung, und Tag für Tag sah ich seinen Wagen an meinem



Hause vorüber zur Anstalt fahren, deren konsultierender Arzt er geblieben war.

Aber es lag dem stillen und in seinem Wesen eher bescheidenen Manne fern, die so gewonnene Muße in süßem Nichtstun zu verbringen und die Zahl der Bonner Rentner um einen weiteren zu vermehren. Im Gegenteil, es hatte den Anschein, als ob die in der gleichmäßigen Ruhe der vortrefflich geleiteten Anstalt angesammelte Kraft nur auf diesen Augenblick gewartet hätte, um sich nach den verschiedensten Seiten hin zu entfalten.

Als sich die Rheinprovinz in ihrer Irrenfürsorge immer größeren Aufgaben gegenübersah und sich das Bedürfnis einer sachverständigen Beratung immer lebhafter bemerkbar machte, folgte er willig der Aufforderung seines Couleurbruders und Freundes, des seither verstorbenen Landeshauptmanns Klein, das Amt eines Landespsychiaters zu übernehmen, dem er mit unbestrittenem Geschicke lange Jahre vorgestanden hat. Bei den hin und wieder widersprechenden Interessen der Provin-

zialverwaltung und der einzelnen Anstaltsdirektoren konnte eine allen genehme Neuerung recht schwierig werden, und ich habe mir damals oft die Frage vorgelegt, ob es einer anderen Persönlichkeit in gleichem Maße gelungen wäre, drohende Konflikte mit geschickter Hand aus dem Wege zu räumen und alles in das richtige Geleis zu leiten, wie dies *Oebeke* getan hat.

Unter seiner sachkundigen Mitarbeit hat die Rheinprovinz ihre fünf bestehenden Anstalten ausgebaut und erweitert und darüber hinaus drei weitere und darunter eine für 2000 Kranke bestimmte Anstalt neu errichtet, und an Arbeit hat es ihm wahrlich nicht gefehlt. Gar manches Mal habe ich ihm, dessen Gesundheit in den letzten Jahren viel zu wünschen übrig ließ, nahegelegt, die mit anstrengenden Reisen und Sitzungen verbundene Stelle doch niederzulegen und sich endlich zur Ruhe zu setzen, der er dringend bedurfte, bis er sich nach langem Kampfe endlich dazu entschloß.

In gleicher Weise war er in der Rheinischen Ärztekammer tätig, deren Mitglied er 26 Jahre lang war, und die er zeitweise als zweiter Vorsitzender leitete. Nehmen wir hierzu seine Tätigkeit als Stadtverordneter und als Vorsitzender des Ärztlichen Vereines der Stadt Bonn, als Mitglied des Vorstandes des Psychiatrischen Vereines der Rheinprovinz und anderer ärztlicher Vereine, so fehlte es dem alternden und keineswegs kräftigen Manne gewiß nicht an Arbeit. Allerdings habe ich dabei die Empfindung gehabt, als ob er in der Arbeit Trost und Vergessenheit suchte.

Mit dem Tode seiner Frau war es in seiner großen und schönen Wohnung einsam geworden, und er ist seitdem nie mehr so recht frisch und froh gewesen. Wie er ihr Zimmer unberührt gelassen hatte, und wie alles noch so war wie einst und nur sie darin fehlte, so fehlte dem einsamen Manne die sorgende Hand der treusten Gefährtin, und den Verlust hat er nie überwunden. Dem Andenken der Dahingeschiedenen hat er dann in seinem Testament durch eine hochherzige Stiftung beredten Ausdruck gegeben. Der einsame Mann, dem eigene Kinder nicht beschieden waren, hat sein bedeutendes Vermögen zur Errichtung einer Kinderklinik bestimmt, die den Namen seiner Frau tragen und das Andenken der Stifter wach erhalten wird, wenn seine sonstige Tätigkeit und seine verschiedenen fachwissenschaftlichen Aufsätze längst dem allgemeinen Geschick der Vergessenheit anheimgefallen sind.

Denn neben seiner reichen Tätigkeit innerhalb und außerhalb der Anstalt hatte er noch die Muße gefunden, seine Erfahrungen in zahlreichen wissenschaftlichen Arbeiten niederzulegen, die ich seinerzeit in der Psych.-neurol. Wochenschr. angeführt habe, und die ihn bei seinen Fachgenossen in den Ruf eines guten Beobachters und allzeit sicheren Beraters gebracht hatten. *Oebeke* ist geboren 30. August 1837 zu Aachen, und er ist gestorben 7. Dezember 1913.



Als ich ihm damals unsere Glückwünsche überbrachte, habe ich meinen kleinen Aufsatz mit den Worten geschlossen: transiit benefaciendo.

Zu jener Zeit war von seinem Testamente noch nichts bekannt. Um wieviel mehr wird man heute jene Worte auf sein Grab setzen können, wo er an der Seite seiner Gattin auf dem Endenicher Friedhofe von langer Arbeit die wohlverdiente Ruhe gefunden hat.

Transiit benefaciendo!

Pelman.

Unterstützungen für wissenschaftliche Arbeiten auf dem Gebiete der Medizin und der angrenzenden naturwissenschaftlichen Fächer hat die Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte aus der Adelheid-Bleichröderstiftung in diesem Jahre in der Gesamthöhe von 5790 Mk. zu vergeben. Gesuche sind in fünf Abschriften bis spätestens 31. März 1914 an den Vorstand der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte, z. H. des geschäftsführenden Sekretärs Prof. Dr. *B. Rassow*, Leipzig, Nürnbergerstr. 48, zu richten. Von dieser Seite können auch die Satzungen der Stiftung kostenlos bezogen werden. Die Verleihung der Subventionen geschieht in der Geschäftssitzung der 86. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte zu Hannover am 24. September 1914.

Personalnachrichten.

Dr. *Hermann Starke*, Oberarzt in Neustadt i. H., ist zum Direktor der Landesanstalt (Alt-) Strelitz,

Dr. *Adolf Riebeth*, Dir. der Landesanstalt Landsberg a. W., zum Dir. der neuerbauten Landesanstalt bei Brandenburg a. H., und

Dr *Georg Marthen*, Oberarzt in Landsberg a. W., zum Direktor der Landesanstalt Landsberg a. W. ernannt worden.

Dr. *Heinrich Landerer*, Hofrat, bisher 2. Arzt und stellvertretender Direktor der Heilanstalt Christophsbad in Göppingen, ist aus dieser Stellung ausgetreten, in die

Dr. *Heinrich Landerer* jr., bisher Anstaltsarzt daselbst, eingerückt ist.

Dr. *Wilhelm Oppermann* und

Dr. *Valentin Faltlhauser*, Anstaltsärzte in Erlangen, sind Oberärzte daselbst,

Dr. *Karl Brandl*,

Dr. *Karl v. Hößlin* und

Dr. *Franz Sendtner*, Anstaltsärzte in Eglfing, sind Oberärzte daselbst,

Dr. *Ferdinand Kehrer*, Priv.-Doz., bisher in Kiel, ist 1. Assistenzarzt an der Klinik in Freiburg geworden.

Dr. *Ernst Schultze*, o. Prof. in Göttingen, ist zum Assessor am Med.-Kollegium der Provinz Hannover ernannt.



Dr. *Hans König* in Kiel und

Dr. *Hans Gruhle* in Heidelberg haben sich als Privatdozenten habilitiert.

Dr. *Willy Vorkastner*, Priv.-Doz. in Greifswald, ist der Titel Professor verliehen worden.

Dr. *Emil Kraepelin*, Prof. in München, und

Dr. *Gustav Specht*, Prof. in Erlangen, haben den Verdienstorden vom hl. Michael 3. Kl.,

Dr. *Hubert Schnitzer*, leit. Arzt der Kückenmühler Anstalten zu Stettin,

Dr. *Albert Oliven*, Sanitätsrat in Lankwitz, und

Dr. *Gerh. Backenköhler*, San.-R., in Aplerbeck, den Roten Adlerorden 4. Kl. erhalten.

Dr. *Guido Weber*, Geh. Rat, früher Dir. des Sonnensteins, Ehrenmitglied des Deutschen Vereins für Psychiatrie, ist am 15. Januar im 77. Lebensjahr nach längerem Leiden in Dresden gestorben.

Dr. *S. Weir Mitchell*, der bekannte Neurologe, ist, 85 Jahr alt, am 4. Januar in Philadelphia gestorben.

Wahnbildung und manisch-depressiver Symptomkomplex[1]).

Von

Ernst Kretschmer-Tübingen.

Wenn wir die Umbildung der psychiatrischen Systeme betrachten, wie sie sich in den letzten drei Jahrzehnten vollzogen hat, so sehen wir darin mehr als das ephemere Spiel geistreicher Forscher, die eifrig bemüht sind, eine gleichbleibende Menge von Erkenntnissen in immer neue Formen umzugießen. Daß es sich hier um einen folgerichtigen Entwicklungsvorgang handelt, gilt nicht nur von der Vertiefung unseres Wissens, die uns die anatomische und ätiologische Forschung und die Beobachtung des Krankheitsverlaufs gebracht hat, sondern es gilt gerade auch auf dem Gebiet, wo es am meisten bestritten wird, auf dem der psychologischen Analyse des Zustandsbilds.

Wenn in die dominierende Stellung, die in den alten Lehrbüchern der Wahnsinn und die Paranoia einnahmen, heute das manisch-depressive Irresein und die Schizophrenie eingerückt sind, wenn heute die Klassifikation von Wahnformen durch die Beschreibung von Gefühls- und Assoziationsstörungen, von Anomalien der Empfindungen und Bewegungsantriebe in den Hintergrund gedrängt ist, so bedeutet das doch nichts anderes, als daß wir nicht mehr die Bewußtseinsinhalte, sondern in erster Linie die Bewußtseinsvorgänge als Grundlagen der pathologischen Psychologie anerkennen. Und in dieser Entwicklung der Psychiatrie erblicken wir einen Fortschritt, wie überall in der Wissenschaft, wo es uns gelingt, zusammengesetzte Erfahrungstatsachen auf einfachere zurückzuführen.

---

[1]) Die Erlaubnis zur Veröffentlichung der hier publizierten Fälle verdanke ich Herrn Obermedizinalrat Dr. *Kreuser* in Winnental und Herrn Professor Dr. *Gaupp* in Tübingen.



Aus der Menge der Probleme, die sich durch die energische Weit führung der klinischen Diagnostik im angedeuteten Sinne dur *Kraepelin* aufwerfen, soll hier eines herausgegriffen werden, dess Betrachtung einerseits sehr geeignet ist, den von der pathologisch Psychologie überhaupt zurückgelegten Weg zu beleuchten, und a dessen historischer Behandlung andererseits für die speziellen Au gaben der vorliegenden Arbeit die kritischen Gesichtspunkte hervo gehen. — Sogleich mit der Aufstellung der Krankheitseinheit „manisch depressives Irresein" begannen nämlich die Schwierigkeiten auf einem Grenzgebiet. Es handelte sich zum eine ganze Reihe stark wahn bildender Krankheitsformen, die bisher in einer der geläufigen Unter gruppen des Wahnsinns oder der Paranoia zwanglos untergebrach waren, und in denen man nun den manisch-depressiven Symptom komplex entdeckte.

Schon kurz vor dieser Zeit hatte *Mendel* auf Beobachtungen hin gewiesen, wo zeitlich begrenzte Anfälle von Verrücktheit mit gesunden Phasen und zum Teil auch mit Anfällen einfacher Manie oder Melancholie alternierten. Er war der Ansicht, daß das innige Verwebtsein von Ver folgungs- und Größenideen, wie es seine Fälle zeigten, der Manie und der Melancholie fremd seien, und wollte andererseits in den paranoischen Zustandsbildern keine manisch-melancholischen Züge sehen. So mußte er sich auf eine rein formale Klassifikation beschränken, indem er seine Beobachtungen mit den erwähnten und einigen anderen Krankheits gruppen unter dem Oberbegriffe „periodische Psychosen" zusammen faßte und jenen selbst die Bezeichnung „periodische Paranoia" gab Nachdem bereits das „manisch-depressive Irresein" sich vielerorts durch gesetzt hatte, machte *Bleuler* noch einmal den Versuch, zwischen beiden eine mehr innere Beziehung herzustellen, indem er gleichzeitig an den *Mendel*schen Fällen und an einer Reihe eigener Fälle den manisch depressiven Symptomkomplex im paranoischen Zustandsbilde nachwies Trotzdem entschloß er sich nicht, die Wahnbildung aus jenem zu erklären sondern interpretierte sie als eine spezifische Störung des Intellekts Er glaubte so, den „periodischen Wahnsinn" und das manisch depressive Irresein vereinigen und trotzdem der „Vesania" als eine der Manie und der Melancholie gleichberechtigten Erscheinungsform ihr Selbständigkeit erhalten zu können. Es gelang ihm nicht, die blutlos *Mendel*sche Schöpfung dadurch lebensfähiger zu machen. Im Lauf de Jahre hat sich eine wenig umfangreiche Literatur über diesen Gegenstand angesammelt; verschiedene Autoren haben sich bemüht, teils unter den selben Gesichtspunkten, wie *Mendel*, weitere Belege für dessen Auf stellung zu schaffen, teils ganz andersartige, diagnostisch undurchsichtige

lle verschiedenster Herkunft hier unterzubringen; es sei hier nur an die teressanten Psychopathen *Gierlichs* und an den komplizierten Fall *önkemöllers* erinnert. Im Bereich der herrschenden diagnostischen ichtung, die sich nicht bloße Klassifikation, sondern die Auffindung irklicher Krankheitseinheiten zum Ziel gesetzt hat, hat die periodische aranoia von Anfang an nur wenig Anklang gefunden und die ganze rage ist wohl heute, soweit sie mit dem manisch-depressiven Irresein n Beziehung steht, so ziemlich im Sande verlaufen [1]).

Während *Kraepelin* die periodische Paranoia konsequenterweise on vornherein ablehnte, hatte er einen anderen Krankheitsbegriff, der benfalls die Wahnbildung zum wesentlichen Inhalt hat, eine Zeitlang elbst in die moderne Psychiatrie herübergerettet, nämlich den „depressiven Wahnsinn". Daß *Kraepelin* in den ersten Auflagen seines Lehrbuchs auch einen expansiven bzw. labil-halluzinatorischen Wahnsinn kannte, der ein noch vergänglicheres Dasein in seinem System führte, sei nur der Vollständigkeit halber erwähnt. Die Krankheitsformen, die *Kraepelin* früher als depressiven Wahnsinn und Melancholie zusammenfaßte, haben sich dem *Kraepelin*schen System immer nur schwer einfügen wollen: ich meine die Depressionszustände des höheren Lebensalters. Es unterliegt wohl keinem Zweifel, daß die Beobachtungen, mit denen *Kraepelin* seine Krankheitsgruppe „depressiver Wahnsinn" aufbaute, *nicht* ausschließlich dem manisch-depressiven Formenkreis angehörten. Sicherlich spielten dabei auch die unklaren, zum Teil stark wahnbildenden Depressionszustände des höheren Lebensalters eine Rolle, die immer wieder die Zusammenfassung zu einem selbständigen Krankheitsbild nahelegen, und die *Gaupp* einer vorläufigen Klassifikation unterzogen hat (z. B. die „depressive klimakterielle Erregung mit Ausgang in geistige Schwäche"). Die Tatsache, daß *Kraepelin* vorgeschrittene geistige Schwächezustände im Endstadium des depressiven Wahnsinns beschrieb, spricht dafür, daß sich auch echte Defektpsychosen unter seinem Material befanden, die heute bei der senilen Demenz untergebracht sind. Diesen beiden Beobachtungsreihen schienen sich endlich die Depressionszustände zwanglos anzugliedern, deren ausgeprägte, barocke Wahnbildung durchgehends von einem starken, echten Depressivaffekt getragen war, und die wir heute mit Bestimmtheit dem manisch-depressiven Irresein zurechnen; es sind wohl diejenigen Fälle, bei denen die Wahnideen gleichzeitig mit dem Affekt abklangen, was *Kraepelin* als Charakteristikum ihrer guten Prognose heraushob. — *Kraepelin* hat dann Schritt für Schritt die Konse-

[1]) Es erübrigt sich, in diesem Zusammenhang auf die akute Paranoia näher einzugehen, die neuerdings von *Thomsen* wieder auf die Tagesordnung gebracht und von *Kleist* einer treffenden Kritik unterzogen wurde. Sie fällt genau unter dieselben Gesichtspunkte, wie die periodische Paranoia, und hat sich ebensowenig wie diese in weiteren Kreisen durchzusetzen vermocht.



quenzen seiner Lehre gezogen: in der 6. Auflage seines Lehrbuchs faßte er den depressiven Wahnsinn mit der Melancholie zusammen, so daß ersterer fortan nur noch eine selbständige Untergruppe der letzteren bildete. Hierin dokumentiert sich in charakteristischer Weise, daß für ihn die Tatsache selbst stärkster, scheinbar das ganze Krankheitsbild beherrschender Wahnbildung die prinzipielle Bedeutung für die Bewertung desselben verloren hatte. Heute ist der depressive Wahnsinn aus dem *Kraepelin*schen System verschwunden; wir finden nur noch eine „phantastische Melancholie", die nicht einmal mehr den Rang einer abgegrenzten Unterform einnimmt, und die Umkehrung der Wortstellung zeigt aufs deutlichste, wo der Nachdruck in der psychologischen Bewertung der Einzelsymptome liegt.

Nicht alle sind *Kraepelin* auf seinem Wege bis hierher gefolgt. Als im Jahre 1907 *Dreyfus* und *Hübner* die Vereinigung der Melancholie mit dem manisch-depressiven Irresein vornahmen, trennte sich ihr seitheriger Bundesgenosse *Thalbitzer* von ihnen, um wenigstens dem depressiven Wahnsinn seine Selbständigkeit zu retten. Er tat dies, indem er, genau auf den Ausgangspunkt der *Kraepelin*schen Entwicklung zurückkehrend, die Wahnbildung wieder zum selbständigen Primärsymptom erhob. Aus der Menge der übrigen Krankheitserscheinungen griff er sodann als die beherrschende die Affektstörung heraus und hatte damit seine beiden Kardinalsymptome: Wahnbildung und Depression gewonnen. Darnach teilte er sämtliche hierher gehörigen Krankheitsbilder in echte Wahnpsychosen mit sekundärer Depression und echte Stimmungspsychosen mit sekundärer Wahnbildung ein; erstere faßte er als depressiven Wahnsinn zusammen, während er letztere zur Melancholie schlug. Er stützte diese Einteilung einmal mit Argumenten, die wohl nur einen subjektiven Wert beanspruchen: die größere Rolle, die größere Konstanz der Wahnvorstellungen im depressiven Wahnsinn, die mangelnde Proportionalität derselben mit dem Affekt, den „Eindruck", daß letzterer durch erstere verursacht „schiene" usw. Dann aber wies er, hauptsächlich in der Parallelabhandlung über den manischen Wahnsinn, mit Nachdruck darauf hin, wie im Verlauf solcher Krankheiten der Affekt allmählich abflaut, während nun erst gerade recht die Wahnbildung und zwar eine ausgesprochen halluzinatorisch gestützte, barocke Wahnbildung zur Blüte kommt. Nun ist zwar den Beschreibungen *Thalbitzers* zu entnehmen, daß sein manischer und depressiver Wahnsinn neben den früher erwähnten unklaren Altersdepressionen hauptsächlich auch Beobachtungen schizophrenen bzw. paraphrenen Charakters enthält. Es ist aber eine Tatsache, die *Kraepelin* in seinem Lehrbuch weder bestreitet, noch erklärt, daß gerade auch unter sein manisch-depressives Irresein protrahiert verlaufende Krankheitsbilder fallen, in denen das genannte Verhältnis zwischen Affekt und Wahnbildung unzweifelhaft zutage tritt. *Thalbitzer* folgert aus letzterem den Eintritt einer Demenz; ob mit Recht oder Unrecht,

soll später erörtert werden. Jedenfalls aber liegt in diesem Verhältnis der Angelpunkt der *Thalbitzer*schen Beweisführung. Sein Gedankengang hat die kurze Formel: Die manio-depressive Psychose ist die Stimmungspsychose; wo kein Affekt, ist auch keine Wahnbildung; wo Wahnbildung ohne Affekt besteht, ist kein manisch-depressives Irresein. Der letzte Schluß ist zwingend, — wenn die Prämissen richtig sind. — Auch *Thalbitzer* ist es nicht gelungen, dem depressiven Wahnsinn in dieser modifizierten Form Boden zu gewinnen. Soviel ich sehe, ist *Rehm* der einzige gewesen, der sich ihm anschloß; heute ist auch diese Frage so ziemlich von der Tagesordnung verschwunden.

Wenn wir die historische Entwicklung der Anschauungen bis zu diesem Punkt aufmerksam verfolgt haben, so sehen wir, wie sich die Problemstellung in einer bestimmten Richtung zuzuspitzen beginnt. Während die Schöpfer der periodischen Paranoia eine Beziehung zwischen Wahnbildung und manisch-depressivem Symptomenkomplex geradezu leugneten, während *Kraepelin* bei seiner vorwiegend empirischen Arbeitsmethode dieser theoretischen Frage bezüglich der Abgrenzung des manisch-depressiven Irreseins keine prinzipielle Beachtung schenkte, war es *Thalbitzer*, der im manisch-depressiven Irresein zwischen Affekt und Wahnbildung wenigstens ein gewisses Handinhandgehen postulierte, ohne allerdings nach dem inneren Zusammenhang zu suchen, der einer konstanten äußeren Verkuppelung notwendig zugrunde liegen muß.

Hier war es nun *Specht*, der im Kampf um die chronische Paranoia dazu überging, nicht nur das nahe Beisammenwohnen paranoischer und manisch-depressiver Zustandsbilder empirisch zu belegen, sondern die Frage nach dem inneren psychologischen Zusammenhang zwischen Wahnbildung und manisch-depressivem Symptomkomplex überhaupt aufzurollen.

Hier ist allerdings vorauszuschicken, daß für eine gewisse Art von Wahnvorstellungen, nämlich für die gewöhnlichen Kleinheits-, Versündigungs- und Größenideen der einfachen Melancholie und Manie ein innerer Zusammenhang mit dem entsprechenden Affekt schon immer beinahe für selbstverständlich galt, wobei man sich allerdings begnügte, die Wahnvorstellungen in grob intellektualistischer Weise etwa als Erklärungsversuche aufzufassen. Man wagte eine solche psychologische Abhängigkeit überall dort anzunehmen, wo bei ausgeprägter, eindeutiger Affektstörung die Wahnvorstellungen schon rein äußerlich als bescheidenes und oft zeitlich nachfolgendes Nebenprodukt des Krankheitsprozesses erschienen. Sobald dagegen neben einer starken manisch-melancholischen



Verstimmung die Wahnbildung üppiger zu wuchern begann oder gar der Affekt gegen letztere zurücktrat, sobald andererseits für zusammenhängende, logisch verbundene Wahnsysteme ein wenig augenfälliger „Mischaffekt" nur den begleitenden Unterton zu bilden schien, da glaubte man die Brücken abbrechen zu müssen, indem man entweder auf eine restlose psychologische Erklärung verzichtete, oder sich mit der Annahme einer Intellektstörung half. Die mangelnde wissenschaftliche Konsequenz dieses Vorgehens hat *Specht* energisch aufgedeckt. Auch er, wie die gesamte ältere Literatur, faßte das Problem hauptsächlich von der Seite des Affekts an, baute es aber nun auf der Grundlage der Mischaffekte weiter aus. Er gab seiner Beweisführung einen sicheren empirischen Rückhalt in den zahlreichen klinischen Beobachtungen, bei denen wir die Entstehung eines paranoischen Zustandsbildes in der manisch-melancholischen Übergangsphase wie ein Naturexperiment verfolgen können. Und indem er die Parallele zu den Erfahrungen des gesunden Lebens zog, zeigte er, wie der Antagonismus zwischen gehobenem Selbstgefühl und Mißlaune gegen die Umgebung, der expansiv-depressive Mischaffekt geradezu den Mutterboden für die systematische Verfälschung des Bewußtseinsinhalts im Sinne krankhafter Eigenbeziehung bildet. *Specht* hat neben dem Mischaffekt zuerst auch die hypomanische Assoziationsstörung, „die leichte Lockerung des assoziativen Gefüges und die assoziative Plusleistung" zur Erklärung der Wahnbildung mit herangezogen, ohne ihr allerdings eine selbständige Rolle zuzuweisen. Wenn es ihm auch vorerst nicht gelungen ist, die Frage der chronischen Paranoia durch seine Kritik aus der Welt zu schaffen, so hat er doch ihre Stellung im *Kraepelin*schen System nach einer Seite hin geklärt und eine Reihe von Anhängern gewonnen, die, wenn nicht ihre bedingunglose Einbeziehung, so doch wie *Kleist*, *Stransky*, *Wilmanns* u. a. die Zusammenfassung der Paranoia mit dem manisch-depressiven Irresein in einen gemeinsamen weiteren Rahmen verlangen.

Wir sind am Ende unseres Weges angelangt und fragen uns nicht ohne Erstaunen, wo all die vielen Schöpfungen geblieben sind, die hier an unserem Blick vorüberzogen. Die periodische und die akute Paranoia und der periodische Wahnsinn, der labile und der depressive Wahnsinn *Kraepelins*, *Thalbitzers* depressiver und manischer Wahnsinn, sie alle haben einmal versucht, im *Kraepelin*schen System einen Platz zu gewinnen, haben sich kurze Zeit an der Oberfläche gehalten und sind zuletzt klanglos wieder verschwunden. Nur die chronische Paranoia, wenn auch zwischen Dementia praecox und manisch-depressivem Irresein immer enger zusammengedrängt und von vielen Seiten nicht ohne gewichtige Gründe angegriffen, hat bis heute unter dem Schutze der überragenden wissenschaftlichen Autorität *Kraepelins*



eine — allerdings umstrittene — Existenz behauptet. Und auch hier wiederum hat *Kraepelin* allmählich den aus seinem eigenen Forschungsprinzip entspringenden Folgerungen nachgegeben, indem er die Paranoia (der Name ist noch ein Überrest aus der Zeit der Wahnpsychosen) aus dem Bereich der eigentlichen, zirkumskripten Krankheitseinheiten im engeren Sinn zurückzuziehen begonnen hat. In dieser Fassung scheidet die chronische Paranoia für die hier behandelte Frage aus.

Von ihr abgesehen wäre es müßig, all diese kleinen Versuche und Mißerfolge zusammenzustellen, wenn es sich dabei nur um belanglose, isolierte Grenzgefechte an der äußersten Peripherie des manisch-depressiven Irreseins handelte, wie es dem ersten Blick scheinen mag. Aber in ihrer Gesamtheit bilden sie die geschlossene Linie, auf der, wenn auch den Gegnern vielfach unbewußt, eine zentrale psychologische Prinzipienfrage der modernen Psychiatrie zum Austrag kommt. Diese Versuche haben alle gemeinsam, daß hier Krankheitsgruppen auf Grund der Tatsache ausgeprägter Wahnbildung vom manisch-depressiven Irresein abgegrenzt werden sollten, indem man die Wahnbildung wie ein gleichberechtigtes Hauptsymptom gegen den manisch-depressiven Grundkomplex ausspielte. Und diese Versuche sind fehlgeschlagen, nicht weil sich ihnen theoretisch-doktrinäre Bedenken entgegenstellten, sondern weil sich ihre klinische Abgrenzung und eine breite symptomatische Fundamentierung als praktisch unmöglich erwies. In ihrer Gesamtheit haben diese praktischen Erfahrungen den Wert eines Experiments; sie zeigen aufs deutlichste, daß es nur zwei Wege gibt: entweder wir diagnostizieren nach dem klinisch ausgeprägtesten Symptom und stellen uns damit auf den Standpunkt, den *Ziehen* in der Paranoiafrage einnimmt; dieser Standpunkt ist nach einer Richtung klar und konsequent; — oder wir suchen in jedem einzelnen Fall zu den Störungen der seelischen Elementarvorgänge vorzudringen, dann bestimmen diese die psychologische Diagnose des Zustandsbilds, auch wenn sie äußerlich kaum hervortreten; und jeder zusammengesetzte Seelenvorgang ist als solcher diagnostisch belanglos, selbst wenn er das klinische Bild vollkommen zu beherrschen scheint. Ungereimt ist es dagegen, zusammengesetzte Bewußtseinsinhalte gegen einfache Bewußtseinsvorgänge auszuspielen, deren fertige Endprodukte sie doch nur sind; und das tun wir, wenn wir



im selben Krankheitsbild Wahnvorstellungen etwa gegen Gefühls- und Assoziationsstörungen diagnostisch ins Feld führen. Wir können nicht ein manisch-depressives Irresein anerkennen und doch das Symptom der Wahnbildung zu seiner Abgrenzung benutzen wollen. Denn die Krankheitseinheit manisch-depressives Irresein ist auf krankhaften Seelenvorgängen niedrigerer Ordnung aufgebaut, die Wahnbildung dagegen ist eine krankhafte urteilmäßige Verbindung zusammengesetzter Vorstellungen, ein psychischer Vorgang höchster Ordnung, „eine allgemeine Störung des psychischen Gesamtzustandes" (*Kraepelin*). Wir können eine Urteilsstörung als solche nicht zur Gegendiagnose gegen eine Krankheitsgruppe verwerten, die als Grundsymptom eine Assoziationsstörung enthält, weil ein Urteilsvorgang nur das komplizierte Resultat zahlreicher einfacher Assoziationsvorgänge ist und wir es den Wahnvorstellungen eines bestimmten Krankheitsbilds von vornherein nicht ansehen können, ob sie nicht gerade den Schlußstein aller derjenigen Störungen bilden, gegen die sie zum Beweise dienen sollen. Wenn wir uns einmal entschlossen haben, nicht deskriptiv, sondern analytisch vorzugehen, so sind wir gezwungen, jeden zusammengesetzten Seelenvorgang auf einfachere zurückzuführen, d. h. in unserem konkreten Fall, wir sind solange nicht berechtigt, das Symptom der Wahnbildung diagnostisch überhaupt zu verwerten, solange nicht entweder sein restloses Hervorgehen aus dem manisch-depressiven Grundkomplex oder seine anderweitige Herkunft dargetan ist.

Es ist ein Wagnis, in dem heutigen ungeklärten Durcheinanderwogen der Meinungen auf dem Gebiet der wahnbildenden Erkrankungen an die wissenschaftliche Bearbeitung einzelner solcher Fälle heranzugehen. Wir können es nur unternehmen, wenn wir aus der historischen Entwicklung dieser widerstreitenden Anschauungen sie kritisch zu sichten gelernt haben und wissen, daß hier nicht Anhäufung von Beobachtungsmaterial, sondern nur klare psychologische Begriffe weiterhelfen. Es ist der Zweck dieser Arbeit, zwei komplizierte Krankheitsbilder[1]) auf ihre klinische Stellung zu untersuchen, die wohl in die Reihe von Beobachtungen gehören, die *Thalbitzer* zur Auf-

[1]) Die beiden Fälle sind von *Kreuser* (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 71 Heft 1) unter den paranoischen Formen seniler Involutionspsychosen rubriziert.



tellung des manischen und depressiven Wahnsinns veranlaßt haben. Sie scheinen besonders geeignet, die Beziehungen zwischen Wahnbildung und manisch-depressivem Symptomkomplex in ihrer ganzen Mannigfaltigkeit zu zeigen und so ein Weiterziehen der Linien zu ermöglichen, die sich schon in den bisherigen Ausführungen angedeutet finden. Es bedarf wohl keiner Begründung mehr, daß es sich hier nur um eine klinisch psychologische, und zwar um eine konsequent analytische Bearbeitung handeln kann, wenn es uns gelingen soll, auf diesem schwierigen Gebiet eine klare und einheitliche Auffassung zu gewinnen.

1. J. Ch. K., geb. R., geboren 26. Februar 1834, Beamtenwitwe. Die Pat. stammt väterlicher- wie mütterlicherseits aus württembergischen Familien, aus denen eine ganze Reihe tüchtiger Theologen, Ärzte und Juristen von zum Teil ausgezeichneter Begabung hervorgegangen sind. Eine Schwester des Vaters war geisteskrank. Eine Tochter der Mutterschwester befindet sich zurzeit geisteskrank in einer Heilanstalt. Ein „Onkel" des Vaters, der den Familiennamen von dessen Mutter führt, war ein Sonderling, der mit niemand verkehrte und „nichts tat, als daß er sein Vermögen verwaltete". Im übrigen finden sich in der Familie nach zuverlässigen Angaben keine Anhaltpunkte für hereditäre Belastung. Der Vater der Kranken, ein naher Freund des Dichters W. Hauff, bekleidete eine höhere Beamtenstellung; er wird als ein gemütvoller, daneben im Amte streng gewissenhafter Mann geschildert, die Mutter als eine sehr tüchtige Hausfrau von ruhig-heiterem Temperament. — Die Pat. genoß eine ausgezeichnete, sehr sorgfältige Erziehung, war eine begabte Schülerin, hatte Freude am Malen, Musizieren und Dichten. Sie verheiratete sich mit 24 Jahren und hat von da ab ein beinahe ungetrübt glückliches Familienleben geführt, in dem ihr schwerer Kummer und große Sorgen vollständig erspart geblieben sind. Zwei Söhne und zwei Töchter leben und sind gesund, fünf Kinder sind kurz nach der Geburt gestorben. — Von ihren Kindern wird sie geschildert als eine liebenswürdige, feinfühlige Frau gleichmäßig heiteren Temperaments, von unermüdlichem Fleiß und größter Pflichttreue. Eigentümliche Charakterzüge sind eine fast übertriebene, ängstliche Besorgnis für ihre Angehörigen und eine „Abneigung gegen alles Außergewöhnliche", die sich mit zunehmendem Lebensalter noch steigerte. Sie lebte ganz und gar ihrer Familie und ging sehr ungern unter die Leute; jede Einladung, jeder Besuch regte sie auf, am allerschlimmsten aber war für sie das Reisen, vor dem sie eine förmliche Angst empfand. Im übrigen war sie nicht furchtsam, nicht „nervös" und wußte sich auch bei Gemütsbewegungen stets zu beherrschen. Bei reger Anteilnahme an Tagesereignissen und Literatur war ihr Interesse vorwiegend religiös orientiert. Gegen einen stark pietistisch veranlagten Geistlichen



(Dekan H.), der später in ihren Wahnvorstellungen eine große Rolle spielt, hegte sie lebhafte Abneigung. — Spuren geistiger Erkrankung, speziell auch Affektanomalien, Stimmungsschwankungen in depressivem oder exaltativem Sinn im früheren Leben der Pat. werden von den Angehörigen bestimmt in Abrede gestellt. — Mit etwa 65 Jahren stellte sich bei der Pat. eine zunehmende, starke Schwerhörigkeit ein. Schon 5—6 Jahre vor dem akuten Ausbruch der jetzigen Erkrankung, also im Alter von etwa 70 Jahren, kam es, allmählich immer häufiger, vor, daß die Kranke, namentlich bei Nacht, Geräusche, wie Sturmgebraus, Wasserrauschen u. ä. zu hören glaubte, so daß sie aus dem Bett ging und das nebenan schlafende Dienstmädchen weckte. Die Angehörigen glaubten diesen Vorgang der Schwerhörigkeit zuschreiben zu sollen, doch sind sie nachträglich nicht im Zweifel, daß schon damals ein ungewöhnliches Angstgefühl mitgesprochen hat. — Am 1. September 1910 rief Frau K. ihren Sohn ans Fenster und fragte ihn, ob er nicht auch schreien höre: im Nachbarhaus sei ein Betrunkener eingesperrt. Als dieser ihr versicherte, daß er nichts höre, war ihre Enttäuschung groß. Ihr Gesichtsausdruck wurde tiefernst und unglücklich: es sei ihr unbegreiflich, sagte sie endlich, daß man das nicht höre, was sie selbst doch ganz deutlich höre; dann scheine es sich allerdings um eine Sinnestäuschung zu handeln, und es wäre fast zum Lachen, wenn es nicht zum Weinen wäre. „Es ist gut", fügte sie hinzu, „daß ich es jetzt weiß; ich will dagegen kämpfen und mir alle Mühe geben, zu glauben, daß es falsch ist, was ich höre". — In den nächsten Wochen erwachen, rasch um sich greifend und das ganze Seelenleben der Kranken in ihren Bann ziehend, massenhafte Stimmen und Wahngedanken. Unter steigender Angst hört sie fortwährend von Mord, Unglück und Vergiftung sprechen. Es müssen Angehörige oder Hausbewohner sein, die das alles reden. Sie bangt sich mehr um ihre Familie, als um sich selbst. Es drückt sie, daß sie immer angelogen wird, da sie doch selbst immer die Wahrheit gesagt und nie einem Menschen etwas zuleid getan habe. Ganz unglücklich ist sie, durch die Stimmen traurig und heruntergestimmt, nicht mehr wie sonst ihren Kindern eine heitere Mutter sein zu können. — Die guten Zeiten, in denen sie sich im Kreis ihrer Familie vergaß, wurden immer weniger. Auch nachts fand sie keine Ruhe mehr, die Angst stieg zu immer größerer Höhe. In heller Verzweiflung sprach sie mehrmals davon, sich in den nahen Fluß zu stürzen, und konnte zuletzt gerade noch daran verhindert werden, als sie durch einen Sprung aus dem Fenster ihrem Leben ein Ende machen wollte. — Dem zugezogenen Hausarzt fiel eine „Abnahme der Intelligenz" auf. Er schloß diese aus dem ungeheuerlichen Inhalt der Wahnvorstellungen und der völligen Kritiklosigkeit der Kranken diesen gegenüber. Er stellte fest, daß sie sich für nichts mehr interessiere und über die Ereignisse der letzten Zeit nur ganz schlecht Bescheid geben könne, während das Gedächtnis für frühere Zeiten gut war. Sie verhielt sich bei fortwährender Angst geordnet und



ıeist ruhig, beklagte sich nur über die schlechte Behandlung. Da sie sich ır geistig vollständig gesund hielt, so war sie über jeden Zwang erbittert, ıgte sich aber mit der Zeit in die ärztlichen Verordnungen.

19. Dezember 1910. Aufnahme in die Heilanstalt Winnental.

20. Dezember 1910. Die Kranke war heute nacht nur ½ Stunde uhig, in der übrigen Zeit fortwährend in großer ängstlicher Erregung. ;ie weckte wiederholt die Wärterin; einmal glaubte sie, ihr Sohn O. sei ıier im Hause verunglückt, sei in einen Schacht gefallen; die Wärterin nöchte nach ihm sehen und ihm helfen. Wenn dann die Wärterin auf- stand, war es der Kranken leid, daß sie die Wärterin gestört habe. Sie erzählte ihr, sie habe Glasscherben, Frösche im After u. ä.; glaubte, sie sei hierhergekommen, damit man sie operiere, ihr die „Stöpsel“ aus dem Leib herausschneide usf.

22. Dezember 1910. Die zweite Nacht verlief gut. Dagegen war Pat. diesmal fast die ganze Nacht unruhig. Sie glaubte sterben zu müssen, es gehe bald aus; zeitweise lag sie regunglos im Bett und gab keine Antwort; nachher sagte sie, sie habe sich nicht rühren dürfen. Sie wähnt immer noch, sie werde operiert oder sei gestern operiert worden. Vor der Tür steht der Arzt und will sie erstechen.

11. Januar 1910. Sie war die ganze Nacht schlaflos. Sie sieht Wölfe, Hunde; das Haus fällt ein. Alle ihre Angehörigen sind schon oft gestorben. Sie muß operiert werden, nimmt deshalb absolut kein Schlafmittel, weil sie sonst die richtige Zeit verpassen würde.

Brief vom 26. Januar 1911 an die Anstaltsleitung:

„Euer Hochwohlgeboren!

Darf ich Sie bitten mir zu erlauben, daß Pflegerin Marie mir darf meine Schachtel holen, welche auf der oberen Bühne aufbewahrt ist. Ich möchte gerne einige Sachen voraus packen für meinen künftigen Aufenthalt, welchen Sr. Majestät der König für mich bestimmt hat.

Hochachtungsvoll

J. K., geb. R.

Winnental, d. 26. Januar 1911.“

Ebenso, Ende Januar 1911:

„Euer Hochwohlgeboren!

Bitte, daß Sie mir mein Anstaltsgeld für den Monat Februar und März, 2000 M. zurückgeben wollen, da ich von Sr. Majestät dem König die Erlaubnis erhalten habe, in das Kloster Bebenhausen zu gehen.

Hochachtungsvoll

J. Ch. K., geb. R.“

8. Februar 1911. Pat. leidet viel unter Angst. Sie wird erschossen; Ottern und Aale sind im Bett. Herr Medizinalrat will eindringen. Sie verbarrikadiert ihre Tür. Nachts ist sie sehr unruhig; sträubt sich heftig gegen Schlafmittel.



1. März 1911. Die Kranke schlug heute nacht die Wärterin, drängte zur Tür; warf ein Zweimarkstück zum Fenster hinaus. — Tagüber nimmt sie wenig Nahrung infolge von Vergiftungsideen; sie sieht Grünspan in der Milch usw.

2. März 1911. Nachts: Es ist jemand unter dem Bett; im Keller ist die Königin und wird von einem wahnsinnigen Mann gewürgt. — Um 12 Uhr wurde die Kranke von der Nachtwache schlafend auf dem Fußboden vorgefunden; wie das gekommen war, ließ sich nicht feststellen (keine Verletzungen).

12. März 1911. Tagüber fortwährend große ängstliche Unruhe. Beständige Halluzinationen und Wahnideen schreckhaften Inhalts. Es wird zum Fenster hereingeschossen mit Kanonen. Die Königin und die Tochter der Pat. sind unten im Keller eingeschlossen, alles Essen ist vergiftet. — Wegen andauernd minimaler Nahrungsaufnahme wird Pat. heute mit der Sonde ernährt; sie sträubt sich aufs heftigste.

15. März 1911. Nahrungsaufnahme besser; sonst keine Änderung. Die Tage sind ganz, oft auch die Nächte zum Teil ruhelos.

23. März 1911. In allen Speisen sind Nattern, die Pat. mit großer Umständlichkeit mit dem Löffel herausfischt. Nur aus Furcht vor der Sondenernährung entschließt sie sich, jeweils wieder etwas zu sich zu nehmen.

18. Mai 1911. Der Ernährungszustand geht fortwährend stark zurück. Einmal kam es bei Versuch der Sondenernährung zu einem kurzen Kollaps.

Juni 1911. Die Kranke ist in ständiger Aufregung und Furcht, von zahllosen Halluzinationen des Gesichts, Gehörs und Geruchs gepeinigt und erfüllt mit Wahnideen der Verfolgung, Beeinträchtigung, speziell der Vergiftung. Bezüglich der Angehörigen werden die schlimmsten Befürchtungen geäußert. — „Heute ist schon 18 mal nach mir geschossen worden, glücklicherweise ist es meistens daneben gegangen." — Die Speisen sind meist vergiftet, die Hühner bekommen Gift, damit sie giftige Eier legen; in die Eier wird mit Nadeln, an denen Gift ist, hineingestochen; in der Milch ist Tinte usw. usw. — Manchmal darf Pat. nichts mehr sprechen, steht dann lange Zeit mit dem Gesicht nach der Tür, die Hände zum Gebet erhoben. — Sie liebt falsche Personenbezeichnungen, an denen sie hartnäckig festhält; eine Oberwärterin ist z. B. Ihre Majestät die Königin. Nachts ist sie öfters schlaflos, geht aus dem Bett, scheint auch manchmal herauszufallen. Die Nahrungsaufnahme ist ganz ungenügend, der Stuhlgang angehalten. Gegen Klystiere und Abführmittel wehrt sich Pat. verzweifelt.

31. August 1911. Die lebhaften Sinnestäuschungen und Wahnideen bestehen fort. Die Kinder der Kranken sind in der Wand eingesperrt, es geschieht alles mögliche Unglück, nachts wird sie mißhandelt, so daß ihr morgens noch von den Prügeln der Kopf weh tut. — Der Kräfte-

zustand geht stetig zurück; einmal kam es zu einem eintägigen Schwächeanfall mit großem Schlafbedürfnis.

22. Oktober 1911. Sie hört Stimmen in der Wand und spricht nach Anklopfen mit den darin befindlichen Herren; „es ist ein großer Raum drin". Im Essen sieht und schmeckt sie das Gift. Auf der Straße drunten sieht sie ihre Söhne, den Zaren von Rußland. — Sie wird von einer Hexe getötet, die Frau nebenan hat den Krebs, man will sie ermorden, ihr den Schädel einschlagen, die „Frau" hat es gesagt. — Nach einer Reihe guter Nächte ist sie jetzt häufig wieder sehr unruhig. Sie ist nachts oft unrein mit Urin; neulich schob sie den Sofa weg, verrichtete hinter denselben ihre Notdurft und schob den Sofa wieder zurück. — Dagegen zeigt sie bei gelegentlichen Besuchen ihrer Kinder große Freude, stellt ihnen den Arzt vor und benimmt sich dabei sehr hübsch und formgewandt.

5. November 1911. Die Kranke leidet oft schwer unter ihren Wahnvorstellungen. Die Nahrung kann ihr nur mit Gewalt und unter großer Gegenwehr beigebracht werden. Die Wärterin haßt sie deshalb. — Man will sie umbringen, verbrennen. Die „Frau nebenan" ist jetzt immer die Anstifterin, weshalb sie die Tür ins Nebenzimmer meist mit einem Tisch verbarrikadiert. — Als sie neulich wieder einmal aus dem Bett gefallen und ihr Handrücken infolgedessen stark geschwollen war, sagte sie, darüber zur Rede gestellt: „Die Frau nebenan hat mir eine Wespe hingesetzt, die hat mich gestochen." — Immer möchte sie nach Hause, macht sich häufig ein Päckchen zurecht und wartet stundenlang im Gang, bis man sie hinauslasse. Nachts geht sie viel aus dem Bett und dreht das Licht an. — Das Gewicht nimmt etwas zu.

20. November 1911. Nachdem Pat. in den letzten Wochen viel ruhiger und freier war, auch das Essen anstandlos zu sich nahm, ist sie jetzt ängstlich, hört wieder Stimmen in der Wand, hat Vergiftungsfurcht und ist im ganzen etwas verworren; so stand sie vergangene Nacht um 2 Uhr auf, um sich zu frisieren.

18. Dezember 1911. Nachmittags plötzlicher Kollaps mit völliger Bewußtlosigkeit (wenige Minuten). Keine Lähmungserscheinungen. Nachher großes Schlafbedürfnis.

30. Dezember 1911. Sie sitzt auf dem Sofa und erzählt mit geheimnisvoller Miene, sie könne nicht aufstehen, in dem Sofa sei der Sohn vom „Erbmedizinalrat". Daneben erzählt sie mit ausgezeichnetem Gedächtnis von früheren Zeiten.

21. Januar 1912. Sie beklagt sich, daß man sie mit Chloroform ausspritze, auch habe man sie schon am Gesäß angebrannt. Nachts zwinge man sie mit der Drohung, sie werde sonst umgebracht, zum Beten. Es sei doch schrecklich, daß man ihr in ihrem Alter zumute, auch nachts noch zu beten. Man droht ihr mit Gift, Elektrisieren usw.

6. März 1912. Die Kranke halluziniert dauernd, bei ganz geordnetem Verhalten, spricht viel vom König und der Königin; S. Majestät habe



gesagt, sie möchte ruhig dableiben, bis die Königin fort sei. — Nachts werden ihr die Backen angestrichen, es geht aber beim Waschen wieder weg.

Brief vom 10. April:

„Sr. Hochwohlgeboren Herrn Direktor Kreuser in Winnental.

Geehrter Herr Direktor!

Um die gütige Erlaubnis möchte ich Sie bitten, daß ich jetzt an einem der nächsten Tage, zu irgend einer günstigen Tageszeit abreisen darf, um zu meinen Kindern und Enkelkindern zu gehen! Indem ich Ihnen für Ihren freundlichen Schutz und Beistand herzlich danke, sage ich Ihnen, für den Fall, daß wir uns nicht mehr persönlich verabschieden können, ein herzliches Lebewohl!

Ihre dankbare, sehr ergebene

Frau Hofrat K.

Winnental, den 10. April 1912."

1. Mai 1912. Hört häufig den König und die Königin sprechen; im Zimmer nebenan heißt es, sie solle nachts ermordet werden. Auf der Butter sind Läuse, in der Milch Alkohol, Vitriol, Gift. — Dabei ist die Orientierung, auch zeitlich, stets richtig.

10. Juni 1912. Sie bringt ihre krankhaften Ideen in auffallend kindlichem Tone vor. Sie hörte sagen, ein Mann solle nachts zu ihr ins Zimmer gebracht werden, und bittet, man solle gut zuschließen. Gestern hat sie ein Ei bekommen, das von Gift ganz schwarz gewesen ist. In dem Ort, wo die Eier geholt wurden, gebe jemand, wie sie gehört habe, den Hühnern eigens Gift, damit sie giftige Eier legen; sie kenne das an den Flecken der Eierschalen.

1. Juli 1912. Man will sie zum braten haben, man beschuldigt sie, mit dem König Umgang zu haben. Einmal gab sie an, man habe ihr nachts Käfer in die Nase gesteckt; sie hatte deshalb solange in der Nase gebohrt, bis Blut kam. — Drunten habe eine Frau gesagt, sie solle heute gefressen werden. Von ihrer Bauchfistel (Operationsnarbe) erzählte sie, da sei ein Frosch daringesessen, der sei davongesprungen. — Abgesehen von den Konsequenzen, die sie aus ihren Sinnestäuschungen zieht (stellt Stühle an die Zimmertüre, spricht gelegentlich erregt zum Fenster hinaus, versteckt sich unter dem Bett), benimmt sich die Kranke durchaus geordnet, ist örtlich und zeitlich gut orientiert, weiß, wann Besuch da war, und wann wieder Besuch kommt. Die Krankheitseinsicht fehlt vollkommen; häufig bittet sie um ein Zeugnis, daß sie geistig gesund sei. Bei jedem Besuch hofft sie, daß man sie mitnehme, läßt sich aber vertrösten, wenn man ihr sagt, es wäre zu Hause ungeschickt u. ä. — Körperlich will sie sich nicht untersuchen lassen; sie geniert sich dabei wie ein kleines Mädchen.

6. September 1912. Pat. ist sehr erfreut über ihre Versetzung auf die Abteilung für ruhige Damen, die sie als das „Stift" bezeichnet. Auch das Spazierengehen in der Stadt, wozu sie neuerdings (mit Begleitung)



rlaubnis hat, macht ihr viel Freude. — Dabei bestehen die Sinnestäuschungen in alter Weise fort. Häufig erzählt sie jetzt von einer Erbschaft, die sie von einem Verwandten, der früher hier Gerichtsnotar gewesen sei, gemacht habe und beschuldigt bestimmte Personen, diese wollten sie darum bringen.

23. September 1912. Sie ist jede zweite Nacht sehr unruhig, wird mißhandelt, „Tante Anna" will sie umbringen usw.

13. Februar 1913. Pat. ist nachts oft unruhig, schreit laut. Ihre absurden Ideen knüpfen sich jetzt meist an „Tante Anna" an (ihre Kusine Anna K., die auf derselben Abteilung ist, eine harmlose und hilflose, senil demente Kranke, die viel umhergeht und vor sich hinspricht): Diese ist eine Hexe, trachtet ihr nach dem Leben, will sie beerben; eine Pflegerin, von der Kranken „Vrenele" genannt, und ein Dekan H. haben es gleichfalls auf sie und ihre Verwandten abgesehen. — Ihre Handtücher riechen nach Heringen. Manchmal singt Pat. auf Befehl ihrer Stimmen. Sie schreibt öfters Briefe an ihre Kinder und bittet, sie heimzuholen.

Aus einem Brief an ihre Tochter:

„Winnental, den 15. Februar 1913.

Liebe O.! Erst gestern habe ich nach längerer Zeit einmal wieder den Merkur gelesen und an dem Datum gesehen, daß Dein Geburtstag, der 12. Februar, erst am vorigen Mittwoch gewesen ist. Man hat im Wohnzimmer schon seit dem Januar einen alten Kalender hingehängt, um mich seit längerer Zeit zu täuschen. Ich wünsche Dir, liebe O., nochmals Gottes reichsten Segen ....[1]). Ich kann es nicht beschreiben, wie schmerzlich ich den Umgang mit Euch l. Kindern und den l. Enkeln vermisse. Daß die liebe P. so viel leidend ist, betrübt und beunruhigt mich immer. Wenn ich daheim bei Euch l. Kindern in K. wäre, könnte ich Euch doch oft sehen und die l. J. und alle besuchen. Die l. P. könnte ich manchmal aufheitern und ihr allerlei erzählen, daß sie ihre Leiden wenigstens für kurze Zeit vergessen könnte. Wie wohl würde es mir tun, wenn ich wieder ganz bei Dir und Deinen l. Kindern wohnen dürfte und unter Eurem Schutz leben. Oft denke ich: Ist es denn unmöglich, daß mich der wohlunterrichtete l. Enkel R. oder der liebe Enkel und Arzt, mein Patenkind O. hier abholen könnten? Wenn ich daheim bei Euch wäre, könnte ich doch auch manchesmal hinüber zu der l. O. und ein wenig mit ihr plaudern, wenn ihr lieber Mann so viel in der Fabrik zu tun hat. Auch könnte ich dann in meinem noch nicht mehr gar zu langen Leben bei G.s öfters mich einstellen und der l. J. wenigstens vormittags ihre l. Kinder unterhalten und hüten helfen. Soll ich denn immer wegen dieser alten Jungfer Anna hier sein, welche mich nachts mißhandelt und mir das Augenlicht nehmen

[1]) An den punktierten Stellen sind belanglose Partien des Briefs ausgelassen, ebenso in den späteren Briefen.



will, indem sie mir Phosphorpulver in die Augen streut und mich im Ring herumdreht, damit ich bewußtlos werde und sie lege mich häufig dann noch auf den kalten Boden und sage dann morgens zu den Mädchen, warum sie nicht kommen und mich erretten, ich werde ja jede Nacht beinahe umgebracht von einem Mann und dieser Mann solle dann gar noch d. l. Onkel E. sein, welchen ich doch nimmer gesehen habe, seitdem er mich in dem anderen Haus im vorigen Frühling mit dem l. B. einmal besucht hat..... Marie R.... und Marie, meine Pflegerin und das Vrenele, Pauline genannt, und der Dekan H. und Frl. P. [1]) seien alles eine Verbrecherbande, welche heute hingerichtet werden soll, weil es nach und nach bekannt geworden ist, daß sie bereits zusammen mehr als 1000 Menschen um das Leben gebracht haben. Euch, liebe Kinder, habe es indessen nur geschützt, daß Ihr meine Kinder seid und den l. Onkel E. soll es geschützt haben, daß er mein Schwager ist, sonst wären wir gewiß nicht mehr am Leben..... Ich will Euch die Angelegenheit noch deutlicher mitteilen, womit ich erst gestern angenehm überrascht und erfreut worden bin, wodurch ich aber auch erfahren habe, daß ich mancher Erbschaft willen hier so unterdrückt und mit dem Tod beständig bedroht worden bin. Herr v. H. war ein Universitätsfreund von dem sel. Vater von Euch und hatte eine Tochter von Professor G. in Tübingen zur Frau, einer Schwester der ersten Frau von Fritz D., des verstorbenen Oberkonsistorialrats, der als zweite Frau die Catherine Sp. von B. hatte und ein Vetter von mir war. Eine weitere Schwägerin von Herrn v. H. war die Frau von Ho., geb. Antonie G. Die Frau von H. hatte keine Kinder; sie ist schon längst gestorben. Herr v. H. habe dann seine Haushaltung aufgegeben, weil er als alleinstehender Herr nicht im Alter so verlassen sein wollte und habe mich in seinem Testament beschenkt, weil ich in dem anderen Hause, wo ich durch bösen Willen mehrerer hiesiger Personen wegen der Erbschaft von Herrn v. R. und dessen Frau durch Gewalt hinübergenommen worden bin, über seinem, Herr v. H. Zimmer ein Zimmer zum wohnen hatte. Mein Singen soll ihm besonders gefallen haben und er mich deshalb auch, aber auch Eures l. Vaters wegen, so reich bedacht haben. Die Zimmereinrichtung soll es aber nicht allein sein, es sollen sich noch viele Sachen von dieser meiner Erbschaft noch in einer Kammer auf der oberen Bühne hier befinden. Neben der vollständigen Zimmereinrichtung soll auch noch ein ganz neues, noch ungebrauchtes Bett sein, welches mir auch gehört. 1000 Gulden, nicht Mark, habe ich ebenfalls von Herrn v. H. bekommen, welche die Tochter des Herrn Fabrikant M. an sich genommen habe unter dem lügenhaften Vorgeben, sie sei ein früheres Kind von mir und Herrn v. H., während ich mit Wissen Hr. v. H. nie gesehen und gekannt habe. Ich war bei Herrn v. H.s Tod schon einige Wochen im Schloß [2]) und wurde dann plötzlich

[1]) Eine Oberwärterin.

[2]) Schloß Winnental.

in das frühere Zimmer hineingelegt, das ich im Anfang meines hiesigen Aufenthalts bewohnt habe, und man sagte mir soeben, man habe mir dann das Bett samt dem Leintuch mit den Totenflecken gegeben, in welchen Hr. v. H. gestorben sei, am Vormittag dieses Tages. Gott sei Lob und Dank, hat es mir nichts getan...."

22. Mai 1913. Sie wird nachts chloroformiert, ihre Wangen werden mit Gift geätzt, die Nase wird ihr hinaufgestülpt, man will ihr die Nase abbeißen, sie ermorden, verbreitet Verläumdungen über sie, sie sei schwanger usw. Heute Nacht hat man ihr in das eine Nasenloch vier Blutläuse und in das andere zwei Blattläuse laufen lassen. Die Wärterinnen sind zum Teil ausgebrochene Zuchthäuslerinnen, Jüdinnen, die ihr nach dem Leben trachten, um sich ihr Geld anzueignen. — Trotz dieser zahllosen vermeintlichen Gefahren verhält sich Pat. meist vollständig ruhig, nur nachts ist sie gelegentlich schlaflos und umgetrieben, schreit wohl einmal einen ihrer krankhaften Einfälle laut zum Fenster hinaus.

Postkarte vom 17. Juni 1913 an ihre Kinder:

„Herrn und Frau Bankdirektor F. K. aus C., derzeit in Bad St. in Glarus, Vorarlberg.

Eure Nachricht aus St. habe ich richtig erhalten und mich über Eure glückliche Ankunft daselbst gefreut. Ich hoffe, daß Euch der Aufenthalt in St. gut bekommt. Die Besuche nacheinander hier bei mir von dem lieben O., von J., von Euren l. Söhnen und zuletzt am vorigen Donnerstag von H. G. haben mir sehr wohl getan und meinen etwas schweren Mut erfrischt und aufgerichtet. Und Gottes Liebe und Gnade möge unsere Zukunft freundlich gestalten, daß wir unsere weitere Lebenszeit bald vereint, recht bald in C. zubringen können. Herzliche Grüße mit dem Wunsche, meine Karte möchte Euch wohl antreffen, sendet Euch Eure treue, Euch liebende Mutter".

Anfang Juli 1913 ist die Kranke während eines leichten Gallensteinanfalls, ganz gegen ihre Gewohnheit, einen Tag lang gereizt und unfreundlich, rechthaberisch gegen den Arzt, ist absolut nicht ins Bett zu bringen. Sie zählt die vielen Ärzte auf, die sich in ihrer Verwandtschaft befänden, und zieht daraus den Schluß, daß sie das besser verstehen müßte. Es ist ihr gesagt worden, vor 6 Uhr dürfe sie nicht zu Bett, sonst werde sie umgebracht. Am nächsten Tag entschuldigt sie sich angelegentlich für ihr Benehmen.

Aus einem Brief vom 2. Juli:

„Der 60 jährige sogenannte Aktuar Kreuser" ist der Führer der ganzen, im Schloß vorhandenen Mörder- und Nihilistenbande.

Der Anstaltsdirektor tritt meist in dieser Rolle in ihren Briefen auf. Sobald er dagegen bei der Visite vor ihr steht, oder sie sich offiziell schriftlich an ihn zu wenden hat, ist sie über seine Persönlichkeit vollkommen klar orientiert, und sie begegnet ihm als Arzt mit der ungezwungen-

sten Freundlichkeit. Ein ähnliches Doppelleben führen auch andere mit ihr verkehrende Personen in ihrem Bewußtsein.

Aus einem Brief an ihre Tochter vom 8. Juli 1913:

„Die Irren tun niemand was zu leid hier. Es sind 30 Nihilisten hier, sie sollen im vergangenen Jahr 600 Personen getötet haben. Für alle l. Besuche von Euch noch innigen Dank, auch Herrn Professor P. Machet keine weiteren Besuche bei mir, groß wäre ja meine Verantwortung nachdem ich dies heute gehört habe. Der Besuch des l. Sohnes O. mit Herrn Professor Dr. P. rettete mich gestern abend vor Mißhandlung. Ich sollte um diese Zeit geschlachtet werden, d. h. bei ihnen, ich sollte bis aufs Hemd ausgezogen werden und sie wollten mich ins Krankenhaus schleppen und dort in ein Bett tun und einschließen.... Sie wollten durchaus meine Sonntagskleider verkaufen, um sich Getränke dafür anzuschaffen. Man will uns Pensionäre auf die Bitten des Herrn Dr. Kreuser wohl beschützen, aber solch entsetzliche Narren, die gar kein Gewissen haben, sind nicht zu berechnen und wir leben in steter Gefahr.... Wie gern hätte ich Euch l. Kindern eine Freude gemacht mit einem kleinen Hochzeitsstrauß und auch Onkel E. und den Enkelkindern. Auf alles muß ich hier verzichten, was den Wunsch ihrer Kinder zu erfreuen einer Mutter so wichtig ist" usw.

Aus einem Brief an ihren Sohn vom 12. Juli 1913:

„... Es freut mich sehr, daß Dir der Aufenthalt in S. so gut getan hat und ebenfalls für Deine l. Frau, daß sie sogar noch einmal dahin zurückkehren will und die l. G. diesmal die schöne Schweiz wiedersehen darf. Du warst gleich bei Deiner Ankunft durch die Feier des Zeppelinfestes auf dem Rathaus in St. in Anspruch genommen. Durch den l. O. habe ich erfahren, daß die Feier sehr gut ausfiel und daß St. eine unvergeßliche Feier mehr hat.... Bei der Hochzeit .... gehofft ... teilnehmen zu dürfen. Tante Anna habe ich vor meinem Hiersein nicht näher gekannt .... schamlosester Weise gelogen .... chloroformiert .... das Zimmermädchen .... mich mit dem Tod bedroht. Tante Anna und auch Frau Notar B. (eine Patientin), welch letztere sich hier Frl. von Dieffenbach nannte und noch nennt .... mich bewußtlos gemacht .... mißhandelt. Auch Frl. P. [1]) und Marie Ö..... manchmal dabei gewesen. Sie tun es, weil sie böse seien, daß Euer entschlafener Vater und Onkel E. vor langer Zeit angebotene Liebesanträge von der Dieffenbach und der Tante Anna nicht angenommen haben und auch Marie Ö. und die Dieffenbachin von ihnen und Euch, meinen Söhnen, abgewiesen worden seien. Die Frl. Dieffenbach und die Marie Ö. hätten ein Verhältnis mit Herrn Dekan H. von H. und mit Herrn F., dem Mörder des Frl. H.; der Aktuar hier, welcher Seeräuber und Bandit gewesen sei und die Frl. P. sei auch dabei und noch einige Herrn..... Wenn das Monatsgeld, 200 M., für mich kommt.

---

[1]) Eine Oberwärterin.



werde es jedesmal durch die Marie Ö. auf der Post abgeholt und dann zahlen sie nur 50 M. an die Verwaltung und das übrige Geld verteilen sie untereinander. Sie hetzen die Leute im Schloß gegen mich auf und auch die Einwohner im Ort. Um Gottes Willen, sei vorsichtig in Gesellschaft. Sie nähern sich in Frauenkleidern oftmals und seien gefährliche Mörder unter ihnen und haben Könige und Fürsten auf dem Gewissen..... Wenn ich heimreisen will, schlagen sie mich fast tot..... Ich schreibe es nur auf die Gefahr hin, weil ich es gehört habe, daß ich in den nächsten Tagen hier sterben muß durch Gift oder Totschlag, wenn ich nicht vorher heimgehe und meine Kinder mich abholen..... Dich und Deine Kinder und Enkel grüßt noch in dieser Zeit der größten Not Deine Dich liebende, dankbare Mutter."

Die Schrift ist in allen Briefen entsprechend dem hohen Alter der Pat. ein wenig unsicher in der Linienführung, aber durchweg sehr klar, gleichmäßig und sauber.

Juli 1913. Bei der Abendvisite: Frau K.: Guten Abend, Herr Dr., entschuldigen Sie, daß es so wenig besuchsmäßig bei mir aussieht. Man hat heute Mittag die Betten gesonnt, sie sind deshalb noch nicht ganz in Ordnung. Arzt: Sie sind doch noch glücklich hereingebracht. Frau K.: Ja, man fürchtete, es werde ein Gewitter kommen. Arzt: Haben Sie gestern Besuch gehabt? Frau K.: Ja, Herr Professor Dr. P. war da mit meinem Neffen O.; er hat mir einen Strauß von Rosen und Rotdorn mitgebracht. — Heute nachmittag hatte ich Besuch von meiner ältesten Tochter. Arzt: Sie haben sich wohl sehr darüber gefreut? Frau K.: Ja, der Besuch hat mir außerordentlich wohlgetan. Sie wohnt in C. und fährt manchmal nachmittags zu mir nach Winnental herüber. Arzt: Sie sind nun schon mehrere Jahre da. Frau K. (rasch, energisch): Nein, ich bin erst 2½ Jahre hier in der Anstalt. Arzt: Sie kennen gewiß das Krankenhaus in C.? Frau K.: Ist Ihnen Herr Dr. N. dort bekannt? Ich war einmal längere Zeit bei ihm in Behandlung im Jahr 1892. — Ist er nicht ein sehr tüchtiger Arzt? Arzt: Gewiß. Frau K.: Und dann waren da noch zwei Schwestern, die mich verpflegten, Schwester A. und Schwester B. Sind sie wohl noch dort? Arzt: Schwester A. hat jetzt die Apotheke zu bedienen. Frau K.: Ach so, das freut mich, etwas von ihr zu hören; und Schwester B.? Arzt: Sie ist auch noch dort. Frau K. (lächelnd): Die Schwester B. war damals noch etwas ungeschickt; sie stammte aus St. und war erst kurze Zeit da. Sie mußte sich von Schwester A. vieles zeigen lassen, die war schon älter. — Nun, sie wird ja inzwischen auch recht tüchtig geworden sein. Arzt: Herrn Dr. M. können Sie sich wohl auch noch denken? Frau K.: Jawohl, ich kenne die Familie; vor allem kannte ich seinen verstorbenen älteren Bruder, K. M. und dessen Frau, die eine geborene H. war. .... Arzt: Guten Abend, Frau K. Frau K.: Guten Abend, Herr Dr., ich danke Ihnen für Ihren freundlichen Besuch.

Ende Juli 1913. Körperlicher Befund (Alter: 79 J.):





Kleine, gutgekleidete Matrone von zierlichem Körperbau, leicht gebückter Haltung, befriedigendem Kräfte- und Ernährungszustand. Die Haut ist welk, bei frischer Gesichtsfarbe.

Das r. Ohr ist (seit Jahren) vollkommen taub, auf dem l. Ohr hört die Pat., wenn man ihr mit lauter Stimme direkt ins Ohr spricht. Im übrigen sind die Hirnnerven o. B. Motilität und Reflexe, soweit prüfbar, o. B. Gang etwas trippelnd, rasch, in kleinen Schritten, nach Art alter Leute, sonst o. B. Sprache, Schrift ohne Störung. Etwas Tremor der Hände. Mäßige Rigidität der peripheren Arterien.

Eine genauere körperliche Untersuchung ist bei der erwähnten Abneigung der Pat. gegen eine solche nicht durchführbar.

Psychischer Befund: Im gewöhnlichen Gespräch und in kleineren schriftlichen Mitteilungen vermag sich Pat. meist kurz, klar und richtig auszudrücken. Wenn allerdings die Rede (meist erst nach längerer Dauer der Unterhaltung) auf ihre wahnhaften Erlebnisse kommt, so legt sie eine zunehmende Weitschweifigkeit und Redseligkeit an den Tag; es strömen ihr immer neue Gedanken zu, und es hält dann öfters schwer, das Gespräch abzubrechen. Dies ist in den Briefen in ganz analoger Weise zu beobachten. Das Gedächtnis für Altes und Jüngstvergangenes ist bei dem hohen Alter der Pat. auffallend frisch und umfassend. Krankheitseinsicht fehlt vollkommen. Die Stimmung bewegt sich an vielen Tagen kaum außerhalb der Gesundheitsbreite. Die Pat. plaudert dann sorglos und mit Vergnügen über alle möglichen indifferenten Dinge; auch die grotesken Mißhandlungen, die sie fortwährend erlebt, werden dann mehr als interessanter Gesprächsstoff verwertet. Immerhin droht auch zu solchen Zeiten die Stimmung nach längerer ruhiger Unterhaltung leicht in einen ängstlich-weinerlichen Ton umzuschlagen. An anderen Tagen ist die Kranke durchgehend ängstlich erregt, geht unruhig im Zimmer hin und her und klagt mit weinerlicher Stimme unter vielen Worten über ihre wahnhaften Erlebnisse. Auch hierbei kann sie sich im Gespräch oft auf Augenblicke vollständig vergessen. Der Zustand steigert sich besonders nachts, ist aber in letzter Zeit immer nur von mäßigem Grad und kurzer Dauer. Sehr selten tritt eine leichte, vorübergehende Gereiztheit zutage. — Das Handeln der Kranken ist von den Wahnvorstellungen im ganzen wenig beeinflußt. In der Verstimmung wird gelegentlich eine „vergiftete“ Mahlzeit zurückgewiesen, ein andermal geht sie auf Befehl der Stimmen nicht ins Bett oder steht eine Zeitlang unbeweglich in der Zimmerecke. Im übrigen ist das Benehmen der Kranken durchaus geordnet und natürlich. Sie ist von freundlichem, zugänglichem Wesen, freut sich über jeden, auch den ärztlichen Besuch und bedankt sich jedesmal ausdrücklich, wenn man ihr längere Zeit widmet. Sie zeigt dabei durchweg die liebenswürdige Höflichkeit und die ausgeprägten Umgangsformen einer alten Dame guten Standes. Sie orientiert sich immer wieder über die Tagesereignisse und verfolgt mit liebevollem Interesse jedes



kleine Geschehnis in ihrer ausgebreiteten Familie. Hierin, wie im täglichen Verkehr erweist sich die ausgesprochen altruistische Natur ihrer Persönlichkeit. Beim Gespräch ist sie in Ausdruck und Geberde eher lebhaft, erzählt recht unterhaltend; wenn sie von ihren wahnhaften Erlebnissen spricht, schlägt sie öfters einen geheimnisvollen, wichtigen, stets einen auffallend kindlich-naiven Ton an. — Sie beschäftigt sich regelmäßig mit Handarbeiten und hält ihre Garderobe selbst in Ordnung.

2. Emilie Tr., geboren 1843, ledig, Telegraphistin. Der Vater war Ratsschreiber. Geistige Krankheiten sollen bei den Eltern nicht vorgekommen sein. Eine Schwester der Pat. ist mit 50 Jahren gestorben, ein Bruder war Schuldirektor, hat ein höheres Lebensalter erreicht. Beide angeblich immer normal. Die Pat. selbst war als Kind stets gesund, lernte sehr gut in der Schule, war einige Jahre als Stütze in einem Haushalt beschäftigt, später als Ladnerin tätig. 1870 machte sie das Examen für den Telegraphistenberuf, den sie seither ausübte. In all diesen Stellungen soll sie stets tüchtig und brauchbar gewesen sein. Sie wird geschildert als eine Person von heiterem, lebhaftem Temperament, sehr geselliger Veranlagung und gutem Charakter. Sie sei immer fleißig, dabei etwas oberflächlich gewesen und habe sehr viel von sich selbst gehalten. Körperlich hat sie keine nennenswerten Krankheiten durchgemacht. Anfang der 80er Jahre hatte sie im Anschluß an einen heftigen Schreck eine kurzdauernde Depression, die sie ohne ärztliche Behandlung überstand. 1903 (im 60. Lebensjahr) trat bei der Pat. im Zusammenhang mit einem Bronchialkatarrh eine Erkrankung an „Verfolgungswahn" auf, die der jetzt noch vorhandenen ähnlich gewesen zu sein scheint. Aus dem Giemen und Rasseln auf der Brust hörte sie damals Stimmen, namentlich: „Du mußt sterben". Nach 6—7 Wochen verschwanden die Stimmen und Pat. wurde wieder voll arbeitsfähig. — Die jetzige Erkrankung begann im August 1905, also im Alter von 62 Jahren. Die Pat. setzte sich eines Tages mitten in den Arbeitssaal, zerknitterte eine eben angekommene Depesche, lachte fortwährend und redete mit Personen, deren Stimmen sie zu hören glaubte. In ihre Wohnung verbracht, wähnte sie sich beständig verfolgt, glaubte, man wolle sie ermorden. „Meine Mutter war eben da als schwarze Frau und sagte, ich müsse in 8 Tagen sterben." Dann war wieder die Polizei in ihrem Zimmer, um die „Kerle" herauszuholen. Unter der Bettlade, in jedem Schubfach und Kasten wähnte sie einen Eindringling. Ihr rechtschaffenes Dienstmädchen beschuldigte sie aller möglichen bösen Taten. Aus Furcht vor den Verfolgern flüchtete sie schließlich zu ihrem Onkel, dieser brachte sie am 2. Oktober 1905 ins Bürgerhospital Stuttgart. Hier zeigte sie sich völlig orientiert; Kenntnisstand, Gedächtnis und Merkfähigkeit waren nicht beeinträchtigt. Sie wahrte nach außen stets ihre gute Haltung, benahm sich bei Unterhaltung freundlich und korrekt und gab über ihre persönlichen Verhältnisse exakt und fließend Auskunft; sie pflegte dabei eine gewisse weitschweifige Geschwätzigkeit an den Tag



zu legen. Ängstliche Erregungen mit Vergiftungsfurcht und motorischer Unruhe zeigten sich besonders nachts. Tagüber traf man sie meist heiteren Gesichts in leicht gehobener, der Situation wenig angemessener Stimmung bei ruhigem Verhalten. Solche Tage wechselten mit anderen, an welchen sie sich beständig mit Personen unterhielt, deren Stimmen sie zu hören glaubte. Den Kopf an die Wand gedrückt, die durch Drahtleitung mit der Bahn verbunden sei, war sie dann wohl in regem Telephongespräch anzutreffen: „Geht Ihr gleich fort? .... Also adieu! Glückliche Reise!" usf. Im übrigen handelte es sich bei den Dingen, die sie krankhafterweise unablässig hörte, sah und roch, meist um ihre Verfolgung. „Herr Dr. Wildermuth ist heute schon 6 mal dagewesen und hat mich in der Lupe beobachtet, die ganze Zeit bin ich hier geblendet und elektrisiert worden. In den Betten sind lauter Geister, die ich erlösen soll und zum Teil auch schon erlöst habe." — Der Arzt wurde ins Zimmer hergerufen, ob er nicht das „Schnauben" des „Amerikaners" höre: „Emilie, ich habe Dich verlogen und verlästert und verliederlicht, und jetzt muß ich sterben!" Er hat ihr Rache geschworen und will sie umbringen; er gehört zu den „Schwarzen", die können durchs Fenster gehen. — Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen tauchen in buntem Wechsel auf und verschwinden. Bei ruhigem Vorhalt kann Pat. oft selbst nicht recht an alles glauben. — Bei äußeren Anlässen konnte die Kranke in lebhaften Zorn geraten: man glaube wohl, sie sei geisteskrank, und wolle sie hier unter Kuratel stellen usw. Ein gewisses Krankheitsgefühl war vorhanden, völlige Krankheitseinsicht fehlte.

1. November 1905. Aufnahme in die Heilanstalt Winnental.

Die Kranke gibt bereitwillig gute Auskunft über ihre Personalien und ihre früheren Lebensschicksale. Sie erzählt u. a.: Anfang der 80er Jahre habe sie einen heftigen Schreck gehabt, davon sei ihr alles verleidet gewesen, sie sei so müd gewesen. — Ihren Beruf als Telegraphengehilfin habe sie 35 Jahre lang, bis August d. J., versehen; dann sei es nimmer gegangen; die Beamten in Stuttgart seien alle nervös. Im Oktober 1905 sei sie ins Krankenhaus gekommen. Sie habe das Gefühl gehabt, als ob sie betäubt werde. Strychnin hat man ihr auf den Kopf gestreut, das hat gebrannt. Ihr linkes Ohr wurde mit Geisterstimmen verbunden, so daß sie jetzt immerfort Stimmen hört. Ihre Augen sind verblendet; viele Leute, die sie besuchen, sieht sie nicht. Schon in Stuttgart waren Stimmen in der Nähe, die keine Gestalt hatten; es war ein Amerikaner vom schwarzen Orden. Er bewegt sich durchs Zimmer; alles was vorkommt, wird geflüstert; es flüstern auch die Freunde des Amerikaners. Früher hatte Pat. keine Ahnung, daß es schwarze Orden gibt. — Dann roch es auch einmal nach Schwefel, und ihre Hände waren einmal ganz weiß, dann wieder braun. — Im Saal drüben kommen, sobald das Licht gelöscht wird, Stimmen vom Kopfkissen und vom Fußende des Betts. Sie fliegen zu den Fenstern herein. Sanitätsrat Stauß ist hier, der macht diese Sachen.



:r streut ihr Strychnin auf den Kopf und „Sufflin", das ist braun. Sie
ird elektrisiert und hypnotisiert. Überall sind Lupen, das sind Türen,
ie man von außen besuchen kann. Unter den Betten sind zwei Wecker-
ıhren angebracht. Es ist ein unheimliches Treiben, überall Geister; „ein
Geschnurr und Gesurr und Gesaus; es fliegt hinein und hinaus der Sanitäts-
:at Dr. Stauß". — All das sind natürliche Sachen, nichts Krankhaftes.
Krank ist Pat. überhaupt nicht, man soll sie nur gehen lassen.

Die Kranke verhielt sich zunächst auch weiterhin meist geordnet. Sie war heiterer Stimmung, freundlich und harmlos, erzählte, sie sei die Gräfin vom Wunnenstein, später werde sie Fürstin, und als solche sterbe sie dann. Oft traf man sie horchend und spähend an, dann wieder im Gespräch mit hohen Herrschaften, die sie häufig sah. Jedoch schon Ende Dezember 1905 machte sich an der Pat. eine steigende Unruhe bemerkbar: das Essen war ihr nimmer gut genug, sie blieb nicht im Bett, da dieses fortwährend verwandelt werde. Es folgte nun unter rascher Abnahme des Körpergewichts eine Periode heftiger Erregungszustände, die im September 1906 ihren Höhepunkt erreichte und mit kurzen Pausen bis gegen den Herbst 1907 anhielt, um von da ab langsam zurückzuebben. Sie wurde durch Stimmen, Gesichte, Mißempfindungen, durch Sinnestäuschungen jeder Art gequält, ermordet, geblendet, gestochen, vergiftet, sexuell gemißbraucht. Man wollte sie in einen Mann verwandeln, ihr einen Kuhkopf machen, sie als Wickelkind mit dem Kaiser in einen Wickel packen. Die Nahrung wies sie als vergiftet zurück. Bald sprang sie in heftigster Angst aus dem Bett, schrie durchdringend: Männer mit Schwertern wollten ihr von unten den Leib aufschlitzen, bald lief sie im Zorn, schimpfend und fluchend im Saal umher, weil sie alles mögliche in ihrem Bett versteckt glaubte. Es war auffallend, daß sie bei alledem ihrer Umgebung gegenüber stets umgänglich blieb und nie gegen jemanden aggressiv wurde. Überhaupt begannen nun gegen Ende des Jahres 1907 die Erregungen seltener und weniger heftig zu werden. Das Körpergewicht, das von 73,5 kg (November 1905) fortwährend bis 47,5 kg (Dezember 1906) gefallen war, hob sich von der zweiten Hälfte des Jahres 1907 an langsam, aber konstant. Schon im Dezember 1907 kam es nun vor, daß die Kranke lachend von ihren abenteuerlichen Erlebnissen und Mißhandlungen erzählte. Das folgende Frühjahr verbrachte sie meist in leichter heiterer Erregung und schmückte sich gern mit Blumen, die sie „von Männern" bekommen hätte. In den langen Jahren seither hat die Krankheit mehr und mehr einen ruhigen Verlauf genommen, die Perioden affektiver und psychomotorischer Erregung sind allmählich seltener geworden, in dem psychischen Gesamtbild hat sich kaum etwas verändert. Tag für Tag lebte sie in all den wunderlichen, grotesken Wahnideen, Einfällen und Sinnestäuschungen, die ihr fast ununterbrochen zuströmten: Man hat ihr den Bauch krumm, die Nabelschnur falsch angesetzt, man macht ihr am Kopf herum, ungesehene Gäste wollen ihr das Gesicht zu-




richten; am Bein hat man ihr Nerven oder Schnüre hingemacht, nachts ihr eine Diarrhöe zusammengebraut; man hat ihr die Brustknochen herausgemacht, sie mit einem elektrischen Spiegel geblendet, ihr das Kreuzbein herausgesägt. Bald erzählte sie lächelnd, man habe ihr die Zunge ausgerissen, bald entrüstete sie sich über undankbare Bekannte, deren Stimmen sie hörte: „Ich habe ihnen schöne Kostüme gebracht, und da gehen sie zu dritt und viert und sagen, ich hätte nichts zum anziehen". Oft hörte, sah oder fühlte sie ihre Widersacher und schimpfte in erregtem Ton, wenn etwa Herr Müller, ein korpulenter Herr, zu ihr gesagt hatte, sie wäre eine katholische Schnalle [1]). Auf dem Kopfe ein Taschentuch, als Häubchen zusammengefaltet, lief sie dann unruhig im Saal auf und ab und führte lange, wortreiche, mit Reimen untermischte Gespräche mit ihren vermeintlich anwesenden Feinden. Hinter dem Pflegepersonal, wie hinter den Patientinnen witterte sie Männer, verkleidete Bauersknechte; die Oberwärterin nannte sie „Frau Übel", jeder der behandelnden Ärzte hatte seinem besonderen Titel „Herr Kaiser", „Hoheit Prinz August", „Herr Geheimer Hofrat" usw. In den früheren Jahren ihrer Erkrankung sind sichere Personenverkennungen beobachtet, späterhin ließ sich durch eindringliches Befragen stets feststellen, daß sie über den wirklichen Charakter der umgebenden Personen genau orientiert war. Lange Zeit beschäftigte sie sich mit einer alten Patientin, die sie ihren „Großvater" nannte, und um die sie in jeder Weise rührend besorgt war; sobald diese aus dem Bett ging, folgte sie ihr zu ihrem Schutz auf Schritt und Tritt; oft behielt sie auch im Bett die Pantoffeln am Fuß, um ihr sogleich beispringen zu können. Sie wurde gleich zornig und schimpfte laut, wenn sie den „Großvater" wahnhafterweise mißhandelt glaubte. So lebte sie jahrelang im Wachsaal und spazierte dort tagüber meist im Hemd hin und her; um keinen Preis ließ sie sich bewegen, Kleider anzuziehen und herauszugehen; alles, was sich außerhalb der vier Wände des Saals befand, schien ihr nicht geheuer; sie fürchtete, daß draußen noch mehr merkwürdige und unangenehme Dinge ihrer warteten. Sobald es dagegen vor 1—2 Jahren einmal gelungen war, sie zu überreden, ging sie von da ab viel und gern in Tagsaal und Garten; dazwischen war sie allerdings einmal wochenlang nicht außer Bett zu bringen. In dieser Weise mißtraute die Kranke jeder kleinen Änderung in ihren täglichen Gewohnheiten und protestierte zu Anfang jedesmal heftig, um sich sofort nach Durchführung gern und dauernd zu fügen. Sie hörte auch in den letzten Jahren immerfort Stimmen, die oft von gräulicher Mißhandlung ihrer Person sprachen, und erzählte davon in harmloser Weise. Sie fühlte sich keineswegs belästigt, wenn etwa in ihrem Unterleib fortwährend ein Ring herumging; dagegen verwahrte sie sich dagegen, daß sie neuerdings von der „Nordseite" „maschiniert", d. h. mit Maschinen bearbeitet

[1]) Dialektausdruck für Dirne.



werde, „der Mensch braucht doch ein Gesäß, das geht doch so unmöglich". Sie beobachtete mit Interesse einen Kopf, der immer kleiner wurde, wenn sie auf ihn zuging, und zuletzt ganz verschwand, offenbar, weil er von ihr aufgezehrt sei. Auch nachts sprach sie manchmal, machte Licht und klopfte an die Fenster; es war allerhand Merkwürdiges dahinter: bald sah sie lauter kleine Männer in den Gittern sitzen, bald waren es alte Bekannte, die sie „minnen" wollten, worüber sie dann in Erregung geriet. Im übrigen waren Erregungszustände in letzter Zeit sehr selten. Den Sommer über traf man sie meist auf einer Bank im Garten sitzend, in friedlichem Gespräch mit einer ihr befreundeten alten Patientin, die sie als „Frau Fürstin" anredete. Sie erhob sich stets, wenn sie den Arzt von weitem den Weg daherkommen sah, machte ihm eine tiefe Verbeugung, erkundigte sich wohl einmal verbindlich nach seinem Befinden, plauderte mit ihm gern über dies und das und erzählte zum Schluß lächelnd ihre neuesten merkwürdigen Erlebnisse. — Als Beispiel sei hier eines der gewöhnlichen Tagesgespräche, zu einem Teil im Wortlaut, angefügt:

Juli 1913. Arzt: „Waren Sie gestern abend auch dabei?"

Frl. Tr.: „Bei dem Gartenfest? Nein, ich bin zu Bett gegangen, es war mir zu kühl. Der Boden ist dann so feucht, wenn es mittags geregnet hat."

Arzt: „Wann sind denn die anderen Patienten zurückgekommen?"

Frl. Tr.: „O, ziemlich früh, etwa um 9 Uhr" (richtig: 10 Uhr). „Waren Sie im Urlaub inzwischen?"

Arzt: Nein, ich war vorübergehend auf einer anderen Abteilung. Herr Dr. H. ist augenblicklich in Ferien."

Frl. Tr.: „Wo ist er denn?" usw.

Frl. Tr.: Sie könnten auch wohl Urlaub brauchen, Sie sehen etwas blaß."

Arzt: „Ich wollte Sie bitten, mir gelegentlich über Ihr früheres Leben etwas zu schreiben."

Frl. Tr.: „Ich schreibe Ihnen dann einmal einen Brief von Stuttgart aus, wenn ich hier aus der Anstalt entlassen bin."

Arzt: „Und inzwischen?"

Frl. Tr.: „Ach, das sind ja alles ganz einfache Dinge und nichts besonderes dran, das kann ich Ihnen so erzählen: Ich bin in Schramberg geboren, mein Vater war Ratschreiber dort (Verwandte?). Meine Schwester ist gestorben; mein Bruder war Schuldirektor in M.; ich habe schon lange nichts mehr von ihm gehört, ich weiß nicht, ob er noch lebt —." Sie erzählt auf Befragen, wie sie Telegraphistin gewesen sei, in Stuttgart, Neckarstraße Nr. 317, im Hause des Metzgermeisters Müller gewohnt habe; sie habe ihren Haushalt allein geführt, mit Hilfe einer Lauffrau, namens Schulz, die Werktags von 10—3 Uhr sie bedient habe und am Samstag, als am Putztag, den ganzen Nachmittag dagewesen sei. Dafür habe sie ihr — M. monatlich bezahlt usw. Als dann die Verfolgungen begonnen



hätten, hätte sie sich zu ihrem Onkel, Franz Tr. in der — straße, geflüchtet; es sei etwa im August 1906 (richtig 1905) gewesen. Dieser habe sie in ein Stuttgarter Krankenhaus getan; man habe ihr dann gesagt, sie sei erholungsbedürftig und müsse eine Zeitlang in ein Sanatorium in Urlaub gehen, und so sei sie durch katholische Schwestern hierher in die Heilanstalt Winnental gebracht worden, wo sie jetzt seit 6½ Jahren zurückgehalten werde, obgleich sie gar nicht geisteskrank sei. Sie erzählt von den verschiedenen Abteilungen, wo sie seither untergebracht war, nennt sie mit Namen und zeigt durchs Fenster die einzelnen Gebäude; nicht überall habe es ihr gleich gut gefallen; z. B. unten, Abteilung K, wo die Siechen untergebracht seien, und wo sie sich zuletzt befunden habe, sei nicht das Richtige für sie gewesen.

Arzt: Hier gefällt es Ihnen besser?

Frl. Tr.: Ja, hier oben auf J habe ich mehr Unterhaltung, die Leute sind nicht so stumpfsinnig, wie die drunten.

17. Juni 1913. Pat. soll zu einer Unterredung ins Ärztezimmer kommen; sie ist hierzu nicht zu bewegen, zeigt großes Mißtrauen. Sie wird auf dem Saal angetroffen in heftigem Zorn über die Wärterin, die sie hatte holen wollen. Sobald der Arzt sie anspricht, gibt sie in freundlicher, sehr höflicher Weise Antwort, zeigt hierbei raschen Umschlag in ihre gewöhnliche, heitere Stimmung, um aber sofort wieder in zorniges Schelten zu verfallen. Der Gegenstand desselben ist auf einmal nicht mehr die Wärterin, sondern bald Herr und Frau Müller, bald der Franz Tr. (Onkel der Pat.), bald die Frau Schulz. Sie zankt sich mit diesen, als ob sie vor ihr stünden. (A. V.) Herr Müller ist ein Metzger, ihr früherer Hausherr in der Neckarstraße. Frau Schulz ist ihre einstige Lauffrau. Die Genannten schikanieren sie in jeder Weise, seit sie hier ist. Frau Schulz oder Frau Müller will sie nämlich schon lange in einen Metzgerladen auf dem Wunnenstein bringen, um dann selbst Wunnengräfin werden zu können. Diese alle gehen täglich hier ein und aus, sie hat sie schon oft durch die Haustür kommen sehen. Herrn Müller sieht sie häufig auf einer Bank im Garten sitzen. Man will sie verhandeln und vertandeln und verschandeln, man will sie verjagen und vertragen und verschlagen. Eben jetzt sind sie wieder dort hinter den Ventilationsgittern, man hört sie sprechen und arbeiten: Es sind fünf Männer, Herr Müller, Herr Stötzle, Herr X, Y und Z. Diese wollen, Pat. soll sie minnen, sie hätte nämlich alle drei miteinander einmal heiraten sollen; sie sagen, sie soll mit ihnen ins Bett liegen. — Hauptsächlich in unterem Stock des Hauses ists nicht geheuer, dort treiben die Obengenannten vielfach ihr Wesen; die Patientinnen sollen, wie sie gehört hat, großenteils Männer sein; auf dem Abort unten hat man sie mit allen Orten verbunden. — Die Villa gegenüber (das Verwaltungsgebäude der Anstalt) gehört ihr, von ihren Eltern her; aber auch dort mischen sich Herr und Frau Müller ein. Erst neulich hat sie einmal vom Fenster aus zugesehen, wie dieselben die Villa ganz ausgeräumt haben. — Im übrigen hat sie noch

Anspruch auf 800 Milliarden 78 Pfennig, das ist eine Erbschaft; zudem bezieht sie große Apanagen vom russischen Hof, weil nämlich ihr Vater der Kaiser von Rußland ist. (Ein andermal im Gespräch, auf Vorhalt, daß ihr Vater doch wohl Tr. heißen müßte:) Ja ihr Vater ist der Herr Tr., aber ihre Mutter ist die Königin Olga; auch Herr Schwarzkopfs sind mit der Königin O. verwandt, deren Großvater den Adler in Untersteinbach hatte. — Die Mutter und Großmutter der Pat. leben noch (A. V., die müßten dann sehr alt sein:), allerdings leben sie nur noch halb. Vater und Großvater sind, wie sie gehört hat, gestern gestorben; Pat. hat sie aber erst neulich noch hier gesehen. Auf die Frage nach ihrem Alter ziert sich die Kranke längere Zeit; endlich gibt sie an, sie wäre etwa 47 Jahre, wenn man die 20 Jahre im Himmel abrechnete. (A. V.) Sie wäre als Kind im Himmel gewesen, ohne gestorben zu sein; sie weiß nichts mehr davon, es sei aber sehr schön gewesen. Pat. hat sechs Kinder, lauter Mädchen, das jüngste heißt Emilie (A. V.). Die Namen der anderen hat sie vergessen; man hat sie gleich nach der Geburt fortgetan; übrigens weiß das der „Herr Kaiser" genau, bei dem kann mans erfahren.

30. Juni 1913. Fast täglich erzählt sie auf Befragen im Plauderton, geheimnisvoll lächelnd die merkwürdigsten Erlebnisse: Es wird ihr etwas „eingerichtet", mit Schwämmen, im Unterleib; „man kann sich ja einrichten so oder so, es fragt sich bloß, wie?" Sie wird ausgenommen, der ganze Unterleib; täglich werden ihr lange Schnitte in den Bauch gemacht; die Wera und die Mina und die Frida, die unten aus- und eingehen, zapfen ihr Blut ab in Fläschchen, etwa von dieser Größe; weshalb man ihr das macht, weiß sie nicht, das könnte man doch in der Apotheke haben.

3. Juli 1913. Bei Aufforderung, aufs Arztzimmer zu kommen, ist sie wieder sehr mißtrauisch, vermutet, sie solle auf eine andere Abteilung versetzt werden; beginnt sofort alle Abteilungen aufzuzählen, auf denen sie schon war. Auch zum Schreiben ist sie lange nicht zu bewegen. Auf erneutes Drängen schreibt sie endlich in gereizter Stimmung mit großen, flotten Zügen:

„Stuttgart.

Wenn die allerhöchsten Herrn bezweifeln wollen, ob ihre Wenigkeit nicht mehr schreiben können, so gestatte ich mir, in kurzen Worten zeigen zu wollen, daß ihre Schrift noch dieselbe, wie auch früher zu lesen sein wird.

Hochachtungsvoll
Emilie Tr.
von Schramberg."

Die Schrift ist von Anfang bis zu Ende gleichmäßig leserlich, sauber und regelmäßig in der Anordnung.

Ende Juli 1913. Körperlicher Befund: Kleines, korpulentes altes Fräulein, kräftig gebaut, von blühender Gesichtsfarbe und reichlichem Haar. Der Schädel bietet keine Besonderheiten. Die Pupillen sind gleich-



mittelweit, rund, reagieren prompt und ausgiebig auf Lichteinfall und Akkomodation. Die Hirnnerven zeigen keine Störung. Die Reflexe sind sämtlich in mittlerer Stärke auslösbar. Sensibilität und Motilität ist am ganzen Körper intakt. Stärkerer Tremor besteht nicht. Die peripheren Arterien sind mäßig rigide. Der Puls, von etwa 80 Schlägen in der Minute, ist (seit vielen Jahren) leicht irregulär. Das Herz zeigt keine nachweisbaren Veränderungen, auch sonst sind die inneren Organe ohne krankhaften Befund. — Hör- und Sehvermögen sind beiderseits gut.

Psychischer Befund: Im gewöhnlichen, ruhigen Tagesgespräch zeigt sich die Kranke vollkommen gut orientiert, so sehr dies oft hinter ihren ungeheuerlichen Fabeleien sich auf den ersten Blick verbirgt. Sie faßt dabei das Gesprochene mühelos auf und vermag auch einige Zeit auf das eingeschlagene Thema sich zu konzentrieren, wobei sie meist dem Arzte das Wort läßt und selbst eine höfliche Zurückhaltung bewahrt. Anders in der Erregung; es erscheint dann unter dem stürmischen Andrang wahnhafter Vorstellungen sehr zweifelhaft, ob sie in jedem Augenblick ein klares Bild von ihrer Umgebung hat. Unter dem ausdrucksvollsten Geberdenspiel entwickelt sich dann, in Rhythmus und Reim von einem Gedanken zum anderen springend und nach immer neuen Richtungen sich verlierend, ein reißender Redestrom, der kaum auf einen Augenblick zurückzudämmen ist. Eine leichtere Erregung mit mäßigem Gedanken- und Rededrang kommt schon bei längerer Dauer eines ruhigen Gesprächs öfters zum Vorschein. — An den meisten Tagen trifft man die Pat. in einer leicht gehobenen, vergnügten Stimmung; das Gesicht scheint von einer stillen inneren Heiterkeit zu glänzen. Bei scherzhafter Unterhaltung erreicht diese Heiterkeit hohe Grade; sie antwortet dabei schlagfertig und kommt mehr und mehr ins Lachen hinein, ohne doch ihre gute Haltung zu verlieren. Auch ihre grotesken, inneren Erlebnisse vermögen gegenwärtig nicht im mindesten ihre Stimmung zu trüben. Dagegen beantwortet sie unangenehme Erfahrungen des äußeren Lebens mit kräftigen Zornausbrüchen; auch hierbei bewahrt sie ihre Haltung und neigt nicht zu stärkerer Betätigung. Während der zornigen Erregung läßt sich meist ein rascher, vorübergehender Umschlag in Heiterkeit erzielen. Angstzustände sind in letzter Zeit nicht beobachtet. — Die Merkfähigkeit ist im ganzen eine gute. Ebenvergangenes vermag die Kranke auf gehöriges Befragen meist ziemlich vollständig und richtig wiederzugeben. Hierbei kommt es ihr jedoch auf kleinere Ungenauigkeiten nicht an, obgleich sie dieselben nach Vorhalt häufig zu korrigieren vermag. Die Ereignisse ihres früheren Lebens hat die Kranke mit Einschluß aller Namen bis in kleine Details und, soweit kontrollierbar, richtig zur Hand. Die Erzählung vermischt sie mit luftigen Konfabulationen, die aber den chronologischen Zusammenhang der wirklichen Erlebnisse keineswegs stören. Sie werden zeitlich gar nicht eingereiht oder gehen anderenfalls frei neben den letzteren einher. Immerhin ist sie in zahlenmäßigen Daten öfters



genau, indem sie z. B. den Zeitpunkt ihres Eintritts in die Anstalt
1 Jahr zu spät angibt. Doch ist die zeitliche Aufeinanderfolge der
eignisse und die ungefähre zeitliche Lokalisation richtig. — Der Kenntnis-
ınd ist bei der Abneigung der Kranken gegen planmäßiges Ausgefragt-
rden nicht sicher abzugrenzen. Gesprächweise eingestreute Kenntnis-
agen und einfache Rechenaufgaben werden richtig gelöst. In ihrem
enehmen ist Pat. stets natürlich und augenblicklich durchaus geordnet.
ie ist freundlichen, gutmütigen Wesens, in ihrer Höflichkeit beinahe
eremoniell, doch nie manieriert. Eine zusammenhängende Unterhaltung
ber die gewöhnlichen Gesprächsgegenstände läßt sich ohne Schwierig-
eit mit ihr führen. Sie verfolgt, soweit sie nicht durch innere Erlebnisse
bgelenkt ist, mit Interesse die kleinen Vorkommnisse des Anstaltslebens
ınd nimmt Anteil an dem Ergehen ihrer Nebenmenschen. Sprechweise
ınd Ausdrucksbewegungen der Kranken sind lebhaft und anschaulich.
Sie spricht stets in gutem Schriftdeutsch mit Vorliebe für würdevolle,
umständliche, gewählte Ausdrucksweise. Zu einer Beschäftigung ist sie
nicht zu bewegen.

Die beiden Krankheitsbilder bieten, auch abgesehen von Eigentümlichkeiten des Verlaufs, auf die später zurückgekommen werden soll, in symptomatischer Beziehung weithin übereinstimmende Züge, so daß sie wie eine mehr manische und eine mehr depressive Variante desselben Zustandes anmuten („manisch“ und „depressiv“ als rein symptomatische Ausdrücke). Im Fall K. dominieren Zustandsbilder, wie wir sie bei der agitierten Melancholie zu sehen gewohnt sind: Anfälle heftigster Angst bis zur Bewußtseinstrübung, ruheloses Umherlaufen, Fortdrängen, hartnäckige Nahrungsverweigerung, großes Mitteilungsbedürfnis, — während Frl. Tr. nach manischer Art heiter, selbstbewußt, zu flotten Zornausbrüchen geneigt, sich erotisch mit Blumen schmückt und bei gegebenem Anlaß in lange, gereimte, ideenreiche Ergüsse verfällt; doch fehlt es weder hier an depressiven, noch im Fall K. an expansiven Krankheitszügen. Was aber beiden Fällen durchaus gemeinsam ist, was alle anderen Symptome ganz überlagert, das ist eine geradezu abundante, anfangs von Affekt gefärbte, später immer neutraler werdende, barocke Wahnbildung, die mit unablässigen, mannigfaltigen, massenhaften Sinnestäuschungen einhergeht. Das dritte gemeinsame Hauptcharakteristikum, das nach dem Abflauen der akuteren Krankheitserscheinungen zuletzt in beiden Fällen zutage tritt, ist die erhaltene äußere Ordnung des Benehmens und die Fähigkeit, trotz aller Wahnvorstellungen mit der Umwelt in einem ersprießlichen geistigen Konnex zu leben.

Wenden wir uns nach diesen Feststellungen, die schon ein erster Überblick ergibt, den ungemein reichhaltigen und wechselnden Symptombildern im einzelnen zu, so werden wir uns zunächst mit dem affektiven Verhalten der beiden Kranken zu befassen haben. Den Beginn der Erkrankung bezeichnet beidemal eine heftige angstvolle Erregung, die das ganze Seelenleben beherrscht, die Vorstellungen und Handlungen bestimmt. Sie geht mit psychomotorischer Agitation einher und führt speziell bei Frau K. manchmal zu nächtlichen Bewußtseinstrübungen, wo sie dann verworrene Handlungen begeht, aus dem Bett fällt, zum Fenster hinausruft, sich zu frisieren beginnt, fortdrängt usw. Bei Frl. Tr. alternieren die Angstzustände schon zu Anfang mit einer leichten heiteren Gehobenheit, und während erstere bald schwächer und seltener werden, bildet letztere später den Grundton des ganzen Seelenlebens. Auch die Angst selbst enthält bei ihr expansive Elemente, die sich in entschlossener, aktiver Reaktion auf die vermeintlichen Verfolgungen verraten, und bald gewinnen diese Elemente in ihr die Oberhand, wenn sie dazu übergeht, in heftigen Zornausbrüchen ihre Widersacher zu beschimpfen. Auch Frau K. sind expansive Stimmungen keineswegs fremd. Schon die Größenideen, die gleich zu Anfang mitten zwischen Perioden verzweifelter Angst da und dort auftauchen, sind ohne eine solche Grundlage undenkbar; und ebenso unvermutet hat sie späterhin Tage, wo sie in selbstbewußter Gereiztheit ihren Willen energisch der Außenwelt entgegenstellt. Im ganzen aber ist hier die Angst ebenso vorherrschend, wie bei Frl. Tr. Zorn und Heiterkeit. Nachdem wir die gegensätzlichen Stimmungen erkannt haben, die sich in den Kranken um den Vorrang streiten, werden wir uns nicht wundern, wenn wir sie manchmal auch zum ausgesprochenen „Mischaffekt" verschmolzen finden, wenn die Kranken mit Mißtrauen ihre Umgebung betrachten und da und dort Hintergehung und Benachteiligung wittern. — Durchaus übereinstimmend ist beidemal die Stellung des Affekts im Gesamtkrankheitsverlauf: der Beginn in heftigen Affektstößen, die allmählich seltener und leichter werden, um zuletzt einer in mäßiger Breite schwankenden mittleren Stimmungslage Platz zu machen, die bei Frl. Tr. mehr nach der expansiven, bei Frau K. mehr nach der depressiven Seite zu liegt. Bezeichnend ist für beide die durchgehende affektive Labilität, die sich zu Anfang in extremen, unvermittelten



Affektschwankungen kundtut; und späterhin zeigt sich schon im ruhigen Gespräch und noch mehr bei kleinen Anlässen bei Frau K. die Tendenz, zwischen Gleichmut und Angst, bei Frl. Tr., zwischen Zorn und Heiterkeit hin- und herzufallen. Wo aber überhaupt eine affektive Reaktion erfolgt, da ist sie, auch in den späteren Stadien der Erkrankung, stets kräftig und natürlich.

Wenden wir uns nun den Störungen des Assoziationsablaufs zu, so sind diese im Fall Tr. von Anfang bis zu Ende gleichartige und wohl auch durchaus eindeutige. Die Protokolle vom 1. November 1905 und vom 17. Juni 1913 zeigen die Kranke bei der Produktion einer bunten Fülle rasch wechselnder, affektbetonter, inhaltlich verständlicher, in größeren Gruppen assoziativ zusammenhängender, aber nicht durch Obervorstellungen logisch zusammengehaltener Vorstellungen, auf Zwischenfragen stets eingehend, aber rasch weiterschweifend; Rhythmus und Reim beherrschen dabei den sprachlichen Ausdruck in viel ausgedehnterem Maße, als es hier schriftlich festgehalten werden konnte. Kurz, es ist das typische Bild einer mäßigen Ideenflucht. — Weniger augenfällig, aber doch unverkennbar sind die Assoziationsstörungen der Frau K.

Zu Beginn der Erkrankung findet sich die Notiz des Hausarztes, daß die Pat. sich für nichts mehr interessiere, die Ereignisse der letzten Zeit nicht mehr recht zusammenbringe und den Eindruck einer gewissen Intellektschwäche mache. Wenn wir damit zusammenhalten, daß Frau K. späterhin an allen Vorkommnissen in ihrem engeren und weiteren Lebenskreis regen Anteil nimmt und dieselben bis ins kleinste Detail gedächtnismäßig vollkommen beherrscht, so ist der Schluß nicht von der Hand zu weisen, daß es sich damals um eine vorübergehende Denkhemmung gehandelt hat. Kurze Zeit später ist dieselbe, und zwar dauernd, in das Gegenteil umgeschlagen. Es entwickelt sich ein lebhaftes Mitteilungs- und Schreibbedürfnis, wie es sich in ihren sehr häufigen und sehr umfangreichen Briefen (hier nur bruchstückweise wiedergegeben) ausspricht. Wir können keinen Augenblick im Zweifel sein, daß es sich hier nicht einfach um die senile, gedankenarme Umständlichkeit und Weitschweifigkeit des Ausdrucks handelt, wenn wir sehen, wie sich hier auf engem Raum die bunten, lebhaften, rasch wechselnden Gedanken förmlich drängen. Diese Gedankenreihen sind keineswegs zerfahren, sondern assoziativ gut zusammengehalten und lassen nur in den betreffenden Partien der Briefe die logische Disziplin vermissen. Als klassisches Beispiel für das Verlieren der Zielvorstellung bei gutem assoziativem Zusammenhang greife ich aus vielen den Satz heraus: „Ich sollte um diese Zeit geschlachtet werden,



d. h. bei ihnen, ich sollte bis aufs Hemd ausgezogen werden und sie wollten mich ins Krankenhaus schleppen und dort in ein Bett tun und einschließen." Es kommt der Pat. der Einfall, sie sollte geschlachtet werden und sie beginnt dies im Stil einer Armesünderszene zu schildern: ich sollte bis aufs Hemd ausgezogen werden; bei dem Wort „Hemd" entgleist sie in den naheliegenden Vorstellungskreis „Krankenhaus" hinüber und wird so am Schluß des Satzes, der mit der blutigsten Hinrichtung begann, einfach ins Bett gelegt.

Überblicken wir rasch noch einmal das genau auf Grund der Krankengeschichte entworfene Bild, so erkennen wir darin Zug für Zug die Schilderung wiederum einer leichten Ideenflucht. Jede andere Interpretation, vor allem in der Richtung einer irgendwie gearteten Demenz, widerlegt sich nicht nur durch die vorurteilslose Betrachtung der Denkstörung selbst, sondern schon bei einer Inventaraufnahme des Gesamtvorstellungsschatzes, wie sie später gegeben werden soll.

Was über die Störungen des Wahrnehmungsvorganges zu sagen ist, läßt sich zunächst kurz zusammenfassen. Die Auslösung von Sinnestäuschungen ist bei beiden Kranken geradezu enorm erleichtert; sie produzieren solche beständig, während sie ruhig im Garten sitzen oder Briefe schreiben, auch am hellen Tag und bei ruhiger Gemütslage.

Inhaltlich lassen sich die Sinnestäuschungen nur besprechen als Teilerscheinung des gesamten krankhaften Vorstellungsinhalts überhaupt. — Hier sind zuerst zwei Gruppen verfälschter Vorstellungen zu erwähnen, die zunächst keiner weiteren Erläuterung bedürfen. Wir finden, vorwiegend zu Beginn der Krankheit, einfache, ich möchte sagen geordnete Vorstellungen depressiver Art, wie sie im gesunden und kranken Leben mit den betreffenden Affekten verknüpft zu sein pflegen: bevorstehendes Lebensende, Ermordung, Vergiftung, drohendes Unheil für die Angehörigen, kurz, wahnhafte Einbildungen und Befürchtungen, nur in großen Umrissen vorgestellt, wie wir sie als Korrelat der entsprechenden starken Affekte, speziell bei Melancholien, täglich zu sehen gewohnt sind. Und ebensowenig werden wir uns wundern, wenn wir in beiden Krankheitsfällen, bei ihrem so vielfach wechselnden und gemischten affektiven Verlauf, da und dort auf einfache Beziehungsideen im Sinne des Mißtrauens stoßen, wenn etwa Frau K. hinter einem Versehen beim Abreißen des Kalenders eine boshafte

Täuschung oder Frl. Tr. hinter der Aufforderung, ins Ärztezimmer zu kommen, die Absicht einer unerwünschten Versetzung argwöhnt.

Sobald wir aber mit diesen beiden kleinen Gruppen von Wahnideen zu Ende sind, verlassen wir den festen Boden des geläufigen melancholischen und paranoischen Zustandsbilds und sehen uns umgeben von einem bunten, unabsehbaren, unaufhörlich wechselnden Gedränge der mannigfaltigsten und ungereimtesten Ideen. Wir könnten von „barocker" oder „phantastischer Wahnbildung" sprechen, wenn damit etwas anderes ausgedrückt wäre, als eben die Tatsache, daß wir sie nicht verstehen. Diesen rasch aufschießenden, mit Lebhaftigkeit erfaßten, oft schauerlich klingenden und lächelnd vorgebrachten, bald hartnäckig festgehaltenen, bald spielend fallen gelassenen, so unlogischen und doch so anschaulichen Gedankengebilden stehen wir mit den gebräuchlichen Hauptkategorien von Wahnformen ratlos gegenüber. Sie lassen sich mit den kunstvollen Gedankengebäuden des beziehenden Paranoikers oder mit dem affektschweren Wahnsinn des typischen Melancholikers überhaupt nicht vergleichen und nur Ähnlichkeiten äußerlichster Art erinnern an die entgleisten Kombinationen und verschrobenen Satzerfindungen des phantastischen Schizophrenen oder das einbildungsschwache Gefasel eines senil Verblödenden. Es bringt auch keine Klärung, wenn wir versuchen, diesen krankhaften Vorstellungsinhalt in Halluzinationen, stabile Wahnideen und lockere, vergängliche Fehlgedanken zu sondern; denn es stellt sich sofort heraus, daß dies ganz undurchführbar ist. Findet sich doch jeder denkbare Übergang von der optischen Halluzination greifbarster Sinnlichkeit (Nattern werden mit dem Löffel aus den Speisen gefischt) über verschwommene Akoasmen (charakteristischer Konjunktiv: „und mich im Ring herum drehe" oder: „sie sollen im vergangenen Jahr 600 Personen getötet haben") und über Erinnerungsbilder von der konkreten Deutlichkeit sinnlich erlebter Vorgänge („ich habe ihnen schöne Kostüme gebracht"....) zur einfachen, subjektiv unumstößlichen Wahnidee in jeder Abstufung des Realitätswerts und von da über zwar fest geglaubte, aber nur einmal flüchtig auftauchende und innerlich belanglose Einbildungen („im Sopha ist der Sohn vom Erbmedizinalrat") bis zu jenen lockeren Fehlgedanken, die kaum erzeugt, schon desavouiert werden („ihr Vater ist der Kaiser von Rußland"; nachher „ihr Vater ist Herr Tr.").



Wir fühlen schon beim Durchlesen der Krankengeschichten heraus, daß all diese Halluzinationen, Wahnideen und Fehlgedanken inhaltlich gleichartig, Vorstellungen eines ganz bestimmten, gemeinsamen Typs sind, einerlei ob sie affektbetont oder nicht, festgeglaubt oder flüchtig hingeworfen, rasch vergessen sind oder hartnäckig wiederauftauchen. Es gibt wohl nur noch eine Krankheit, die allenfalls jahrelang einen solchen Überfluß ungereimter, bizarrer halluzinatorischer Wahnideen zu produzieren vermag, das ist die paranoide Dementia praecox und gerade der Vergleich mit diesen Formen ist sehr geeignet, die gemeinsame Eigenart der hier vorliegenden Wahnvorstellungen klarzumachen. Stellen wir den phantastischen Schizophrenen, dem die Gedanken abgezogen werden, dem das Hirn sich wie in Wickeln dreht, dem die Natur aufgeregt wird, der sich in öffentlicher hypnotischer Haft befindet usw. gerade mit diesen seinen bezeichnendsten Ideen neben unsere Kranken: man will ihnen die Nase abbeißen, ihnen die Backen mit Farbe anstreichen, sie in einen Metzgerladen auf dem Wunnenstein versetzen, man läßt ihnen ins eine Nasenloch vier Blutläuse und ins andere zwei Blattläuse laufen usw., so ist der Unterschied in zwei Richtungen ein höchst augenfälliger. Es ist einmal die klare, natürliche Ausdrucksweise, die Ungezwungenheit der sprachlichen Fassung, was die Wahnideen unserer Kranken vor jenen andern auszeichnet. Auch den verblümtesten Redensarten von Frl. Tr., daß man sie „von der Nordseite maschiniere“, ihr „etwas einrichte“, liegen, im Zusammenhang leicht verständlich, die greifbar drastischen Vorstellungen zugrunde, daß ihr das Gesäß mit Maschinen gewalkt und der Unterleib mit alten Schwämmen ausgestopft werde, und sie verschleiert diese Tatsachen wiederum nur in der psychologisch durchsichtigen Absicht, dem zuhörenden Arzt das Geheimnisvolle, Interessante ihrer neuesten Erlebnisse recht eindringlich darzustellen und zugleich nach Art einer alten Jungfer das Anstößige derselben abzumildern und zu umschreiben. Und diese natürliche Verständlichkeit des sprachlichen Ausdrucks steht in naher Beziehung zu der inhaltlichen Grundeigentümlichkeit dieser Wahnformen, die sie wiederum zum konträren Gegenteil der schizophrenen Vorstellungsinhalte macht. Wir haben den Schlüssel zur Psychologie unserer Kranken in Händen, sobald wir den Kontrast herausfühlen, der das Wesen dieser ganzen Wahnbildung ausmacht, den Kontrast zwischen



der absolut skrupellosen logischen Ungereimtheit der Vorstellungsgruppe und ihrer klaren sinnlichen Anschaulichkeit, der konkreten Plastik ihrer Erfindung. Muten viele dieser Gebilde, die Idee von den vier Blutläusen und zwei Blattläusen oder von dem Metzgerladen auf dem Wunnenstein nicht geradezu an, wie naive, drollige Kindermärchen? Es ist gewiß kein Zufall, sondern beruht auf dem gekennzeichneten ästhetischen Kontrast, daß wir uns bei den Erzählungen unserer Kranken, mögen sie noch so schauerlichen Inhalts sein, eines Lächelns nie erwehren können. Ich kann mir keinen größeren Unterschied denken, als das humoristische Behagen, das diese skurrilen, unvermittelten Augenblicksschöpfungen in dem empfänglichen Zuhörer auslösen, und den gequälten, geschraubten Eindruck, den die schiefen, nicht nur logisch, sondern auch ästhetisch unvollziehbaren Ideen des Schizophrenen hinterlassen. Man kann geradezu sagen, die schizophrenen Wahnvorstellungen werden desto unanschaulicher, je weiter sie sich von der Wirklichkeit entfernen, während umgekehrt hier dieselben je phantastischer, desto konkreter werden.

Aber nicht nur diese krankhafte Gedankenwelt unserer Patientinnen als solche ist durchaus eigenartig, sondern auch ihr Verhältnis zu dem erhalten gebliebenen Bestand gesunder Vorstellungen, wie es in den späteren Stadien der Erkrankung sich allmählich fixiert. Während die gewöhnlichen manisch-melancholischen Wahnideen mit der ganzen Expansionskraft der in ihnen verkörperten Affekte den gesunden Bewußtseinsinhalt verdrängen, während der paranoische Beziehungswahn ihn wie ein feines Gewebe bis ins kleinste durchsetzt, sehen wir hier sich zwei getrennte Vorstellungskreise bilden, die ganz ohne Rücksicht aufeinander teils nebeneinander stehen, teils sich überlagern.

Am klarsten ist diese Trennung in den Briefen von Frau K. wahrzunehmen, wo sie häufig sogar räumlich durchgeführt ist. Ganz gewöhnlich beginnt der Brief mit einer gesunden Hälfte; sie lebt hier ganz mit ihren Kindern und Enkeln, denkt sich in ihre Häuslichkeit hinein, sehnt sich nach ihrem Umgang, läßt auch ihre kleinsten, alltäglichsten Erlebnisse nicht unbeachtet; sie nimmt von ferne teil an ihren Hochzeiten und Familienfesten, begleitet sie in die Sommerfrische, freut sich über jede Freude, die sie erleben und bekümmert sich, wenn sie krank sind. Sie ist sich klar über ihren eigenen Aufenthalt und hat jeden Besuch, den sie hier erhält, genau in Erinnerung; sie beschäftigt sich nicht nur mit



ihren eigenen Erlebnissen und dem schon ziemlich ausgedehnten Kreis ihrer Familie, sondern berührt auch die allgemeinen Tagesereignisse, über die sie aus den Zeitungen Kenntnis hat. Und sie schreibt über das alles in schlichten, geordneten Sätzen; — kurz, wenn wir diese Briefteile herausnehmen und für sich betrachten, so lassen sie sich in nichts von den Schriftstücken irgend einer gebildeten, liebenswürdigen, geistig regsamen alten Dame gesunden Geistes unterscheiden. Und doch ist vielleicht schon nach der nächsten Interpunktion das alles weggefegt von einem ungeordneten Andrang der absurdesten Ideen, die nun ziellos in langatmigen Sätzen sich über viele Seiten fortspinnen, wo oft kaum noch ein einziger gesunder Gedanke zu finden ist. Es bedarf nicht mehr, als des Auftauchens der Vorstellung „Tante Anna" u. ä., um diesen jähen Szenenwechsel hervorzurufen.

Bei Frl. Tr. ist dieses Verhältnis weniger deutlich, der Komplex gesunder Vorstellungen ist nicht so festgefügt und nicht so ausgedehnt; und doch ist es dasselbe. Auch sie vermag über ihre eigene Person, ihren Anstaltsaufenthalt geordnete Auskunft zu geben; sie kennt Ärzte, Pflegerinnen und Patienten genau nach ihrem Namen und ihrer Stellung im Betrieb der Anstalt; es sind ihr alle Abteilungen geläufig, auf denen sie schon untergebracht war, ebenso ihr früheres Leben, ihre Berufstätigkeit und die Umstände ihrer Verbringung in die Anstalt. Auch sie faßt Kleinigkeiten des sie umgebenden realen Lebens wohl auf und bringt sie in richtige Beziehung; sie nimmt davon Notiz, wenn ein Fest gefeiert wird, auch wenn sie selbst daran sich nicht beteiligt hat, und unterhält sich darüber. Sie interessiert sich für die Persönlichkeit des sie besuchenden Arztes, bemerkt schon kleine Unterschiede in seinem Benehmen und Aussehen, ist besorgt für seine Gesundheit, erkundigt sich nach anderen Ärzten und will erfahren, wo sie ihren Sommerurlaub zubringen; — kurz, auch sie ist fähig, ihre eigene Person mit ihrer Vergangenheit und ihrer realen Umwelt in ihren richtigen, geordneten Beziehungen, frei von wahnhaften Elementen zu sehen, sobald man sie in ruhigem Gespräch fixiert. Und es ist dieselbe Vergangenheit und dieselbe Umgebung, die sich ihr im nächsten Augenblick in eine phantastische Fabelwelt auflöst, wo sie, eben noch Emilie Tr., Telegraphistin und jetzige Patientin der Heilanstalt Winnental, Tochter des Ratschreibers in Schramberg, sich in eine russische Kaiserstochter mit fabelhaften Reichtümern, die Anstaltsgebäude sich in ihre Villen, die Ärzte in hochgestellte Fürsten verwandeln; wo nichts mehr geheuer ist, wo ihre längstverstorbenen Voreltern am hellen Tag umhergehen und ihre ganze Umgebung nur noch ein großer Hexenkessel ist, voll der geheimnisvollsten Einflüsse und Beziehungen, aus dem unaufhörlich neue seltsame Verfolgungen und Grausamkeiten gegen sie emporsteigen. Denn das ist das bezeichnende an dieser Wahnbildung, daß hier nicht bloß, wie auch sonst überall, gesunde und kranke Vorstellungen nebeneinanderstehen, sondern daß sie ganz beziehunglos und abrupt

nder ablösen, so daß es nur einer entsprechenden äußeren Situation, eines Stichworts bedarf, um das eine Mal einen geschlossenen Kreis nder Vorstellungen und das nächste Mal ein herrenloses Durcheinander Wahnideen an die Oberfläche zu bringen, von denen überhaupt keine icke zur Wirklichkeit hinüberführt.

Nur so kann es zu dem merkwürdigen Phänomen kommen, das n als das der psychischen Wechselbilder bezeichnen könnte, d das darin besteht, daß von demselben Gegenstand zwei getrennte, ander völlig widersprechende Vorstellungsreihen abgeleitet werden. gedeutet ist dieser Vorgang schon in der Gepflogenheit beider Kranken, n Personen ihrer Umgebung, die sie nach Namen und Stellung genau nnen, daneben noch einen falschen Namen beizulegen, der sie zu ihren hnhaften Vorstellungskreisen in Beziehung bringt. Wenn sich dieses mptom, wie bei beiden Kranken, gelegentlich zur vorübergehenden rsonenverkennung steigert, so ist damit bereits das Wechselbild gegeben, dem nun die betreffende Person, das eine Mal in ihrem realen, das andere al in ihrem wahnhaften Charakter, im Bewußtsein des Patienten alteriert. Am ausgeprägtesten aber finden wir dieses Phänomen bei Frau K. ezüglich der Person des Anstaltsdirektors, der in ihrem Bewußtsein wei gleich wichtige, konträr entgegengesetzte Rollen gibt, deren eine hre realen Erlebnisse, deren andere ihre wahnhaften Vorstellungskreise eherrscht. Es kommt nur auf die zufällig gerade in ihr ausgelöste Gelankenreihe an, und er ist ihr das eine Mal der leitende Anstaltsarzt, dessen sämtliche Funktionen ihr genau vor Augen stehen, und dem sie mit größter Hochachtung begegnet, mit demselben uneingeschränkten Realitätsgefühl und derselben überzeugten Lebhaftigkeit, mit der sie ihn im nächsten Moment als den „Aktuar und Seeräuber", den Führer und Anstifter all ihrer Verfolgungen und Leiden verabscheut. Wird ja doch im Grunde die ganze Anstalt, ja überhaupt die ganze Umwelt von beiden Kranken im Wechselbild gesehen, indem sie das eine Mal in ihren realen, einfachen Beziehungen klar erkannt, das andere Mal in ein wirres Labyrinth geheimer Machenschaften, ein einziges unklares System auf die eigene Person gerichteter freundlicher und feindlicher Mächte sich verwandelt.

Man könnte sich nun begnügen, durch diese symptomatische Zergliederung festgestellt zu haben, daß die beiden vorliegenden Krankheitsbilder aus zwei Hauptbestandteilen, einem manisch-depressiven Symptomkomplex und einer eigenartigen Form der Wahnbildung sich zusammensetzen, und könnte dazu übergehen, auf Grund von Erwägungen mehr weniger subjektiver Art diese oder jenen als das wesentliche und primäre Grundsymptom zu proklamieren und demnach die beiden Krankheiten entweder dem manisch-depressiven Irresein zuzuweisen oder als Wahnsinn oder Paranoia von ihm abzu-



trennen. Nachdem aber der einleitende Überblick wohl zur Evidenz gezeigt hat, wie innerlich unfruchtbar und wie wenig aussichtsreich solche Versuche zu sein pflegen, so müssen wir uns gestehen, daß das Problem an diesem Punkte erst beginnt. Wir sind noch weit von dem Verständnis eines Krankheitsbilds, solange uns noch seine Hauptsymptome beziehunglos nebeneinanderstehen und wir nicht den ganzen Krankheitsvorgang als einen innerlich geschlossenen Aufbau durchschauen, wo immer die zusammengesetzteren aus den einfacheren Erscheinungen herauswachsen. Wenn wir in dieser Weise versuchen wollen, den Krankheitsprozeß bis in seine Wurzeln, die Störungen der psychischen Elementarvorgänge, aufzudecken, um von dort aus den Zusammenhang der scheinbar so heterogenen zwei Symptomgruppen zu finden, so müssen wir etwas weiter ausholen.

Das psychische Element, der einfachste Vorgang, auf den wir bei Analyse unserer Selbstbeobachtung sämtliche psychischen Vorgänge zurückführen können, ist die einfache gefühlsbetonte Empfindung. Dieses Element bildet eine unzertrennbare, empirisch begründete Einheit, die Tatsache seiner Zweiteilung ist keiner erfahrungmäßigen psychologischen Analyse, sondern höchstens einer erkenntnistheoretischen Weiterverarbeitung mehr zugänglich. Es sind dies in etwas schematisierter Form wesentlich dieselben Anschauungen, die *Wundt* als Grundlagen seiner Psychologie ausführlich begründet. Und wir müssen diese empirisch gegebene Unzertrennlichkeit von Empfindung und Gefühl, der objektiven und subjektiven Seite desselben Vorgangs von vornherein festhalten, weil sie zum Verständnis der manisch-depressiven Wahnbildung unerläßlich ist. Aus der Verbindung, der Assoziation zwischen den gefühlsbetonten Elementarempfindungen entstehen sämtliche psychischen Gebilde, die wir, je nachdem wir sie von der subjektiven oder objektiven Seite betrachten, als zusammengesetzte Gefühle bzw. Affekte oder als zusammengesetzte Vorstellungen bezeichnen; auch hier ist festzuhalten, daß die Trennung zwischen Gefühl und Vorstellung lediglich eine Abstraktion ist, während es in Wirklichkeit kein anscheinend noch so reines Gefühl gibt, auf dessen Grund nicht eine dunkle Organempfindung oder Erinnerungsvorstellung läge, und kein Begriff so objektiv ist, daß er nicht, abgesehen von dem nur theoretisch denkbaren Fallen in den genauen mittleren Indifferenzpunkt der Gefühlsskala, beim Passieren des



Bewußtseins in einem leichten Gefühlston seine Beziehung zum Subjekt erhielte. — Wenn wir somit krankhafte Seelenvorgänge zusammengesetzter Art in ihre Wurzeln zurückverfolgen wollen, so gibt es auch hierfür letzten Endes nur die zwei Möglichkeiten, sie entweder auf Störungen des psychischen Elementarvorgangs, nach der Seite der Empfindung oder der Gefühlsbetonung hin, oder der Verbindung psychischer Elemente, also auf Assoziationsstörungen zurückzuführen.

Suchen wir dies Prinzip auf die Frage nach den Quellen der Wahnbildung im manisch-depressiven Symptomkomplex anzuwenden, so kommt uns die klinische Erfahrung nach einer Seite hin sehr entgegen, nämlich bezüglich des Zusammenhangs zwischen Affekt und Wahnbildung. Streng genommen, ist ja auch der Affekt als ein zusammengesetzter psychischer Vorgang ein Sekundärsymptom, dem als Elementarstörung die krankhaft veränderte Gefühlsbetonung jeder Einzelempfindung und -vorstellung zugrunde liegt. Diese Störung des psychischen Elementarvorgangs nun muß nach dem oben Gesagten mit Notwendigkeit nicht nur die Entstehung pathologischer Affekte, sondern auch die Verfälschung des Bewußtseinsinhalts zur Folge haben. Denn es gibt ja in der Wirklichkeit des psychischen Lebens keine Gefühle an sich, die sich untereinander, getrennt von den übrigen seelischen Prozessen, zu Affekten verbinden könnten, sondern es gibt einzig und überall nur gefühlsbetonte Empfindungen bzw. Vorstellungen; nur sie gehen als unzertrennliche Einheiten die Verbindungen ein, aus denen sich sämtliche höheren psychischen Vorgänge aufbauen. Wenn sich demnach eine Anzahl von Elementarempfindungen von falscher Gefühlsbetonung zu einer gefühlsbetonten Vorstellung verschmelzen, so ist damit nicht nur die Gefühlsseite derselben, sondern bereits dieses ganze Gebilde zweiter Ordnung in seiner unteilbaren Gesamtheit verfälscht. Die Unabweislichkeit dieser Behauptung wird sofort klar, wenn wir zu den logisch verbundenen Vorstellungen höherer Ordnung kommen; denn jeder Gefühlston, der einer solchen Vorstellung beigelegt wird, involviert als solcher ein Urteil, eine Bezugsetzung zwischen derselben und dem vorstellenden Subjekt, eine Wertung, die sich gleichsinnig mit ihm verändert. Ist der Gefühlston krankhaft, so ist damit auch die Wertung falsch und dieser Urteilsfehler geht nun in die nächstzubildende Vorstellung



mit ein. Die Fehler müssen sich mit jeder weiteren Ideenverbindung potenzieren, es muß bei jeder krankhaften Gefühlslage ein ab ovo verfälschter Bewußtseinsinhalt entstehen. Es bedarf lediglich der Emanzipation von der in der Psychiatrie vielfach eingebürgerten Vermögenspsychologie, um die innere Notwendigkeit des empirisch so gewöhnlichen Zusammenhangs zwischen Affekt und Wahnbildung einzusehen. Man beseitigt selbstgeschaffene Hindernisse, wenn man diese Krankheitssymptome erst zweien, durch eine künstliche Abstraktion streng getrennten Seelenvermögen zuweist, um nachher wieder ebenso künstliche Brücken zwischen ihnen zu schlagen.

Wir brauchen uns ja nur der Psychologie des Alltags zuzuwenden, um auch dort die natürliche Gesetzmäßigkeit der genannten Beziehungen wiederzufinden. Wenn wir auf der Höhe eines heftigen Ärgers, eines quälenden Angstgefühls einen Querschnitt durch unser Seelenleben legen, so werden wir denselben jedesmal mehr oder weniger mit falschen Vorstellungen durchsetzt finden, wir werden meist nachträglich feststellen, daß wir die Stellung unserer Person, den Charakter und die Handlungen unserer Nebenmenschen, die Beziehungen unserer Umwelt oft bis ins einzelne wahnhaft umgearbeitet hatten, und daß diese Veränderung des Vorstellungsbilds der betreffenden seelischen Phase mindestens ebensosehr das Gepräge gibt, wie die Verschiebung der Gefühlslage. Und niemanden wird es einfallen, diese Wahnvorstellungen des gesunden Lebens etwa als „Erklärungsversuche" (*Schott* u. a.) des Individuums seinen Affekten gegenüber oder aus einer Tendenz der affektgespannten Psyche zu „derivativer, affektentlastender Konkretisierung" (*Stransky*) zu interpretieren, vielmehr wird jedermann den natürlichen Kausalzusammenhang darin finden, daß das Individuum falsch urteilt, weil es falsch wertet und falsch wertet, weil es falsch fühlt. Wenn aber in der Krankheit die Wahnvorstellungen konkretere und wirklichkeitsfremdere Formen annehmen, so liegt darin nicht nur kein prinzipieller Unterschied, sondern es ist dies der notwendige, gesetzmäßige Ausfluß der Tatsache, daß hier starke Affekte von so stabiler Höhe und Dauer auf den Vorstellungsverlauf einwirken, wie sie im gesunden Leben niemals vorkommen.

Wenn also eine Frage beantwortet werden muß, so ist es nicht die, wie es unter manisch-depressiven Affekten zur Wahnbildung kommen kann, sondern im Gegenteil die, weshalb sie nicht noch viel

gemeiner und stärker ist. Dies liegt ganz vorwiegend daran, daß nicht der gesamte Vorstellungsinhalt unter der Herrschaft des thologischen Affekts erst neu gebildet wird, sondern daß stets die iformierten Vorstellungen aus der gesunden Zeit in die neuentstehen- n mit eingehen und sie so teilweis zu sanieren vermögen. Daß ese Sanierung im einen Krankheitsfall weithin, im anderen nur ivollständig gelingt, hat seinen Grund einmal in der verschiedenen esistenzfähigkeit des betreffenden Individuums gegen krankmachende inflüsse überhaupt, wie sie durch das Lebensalter und viele andere aktoren bedingt sein kann, dann in dem unendlich variablen Ver- alten der Affekte selbst, ihrer Höhe, ihrem zeitlichen Verlauf, ihren chwankungen und Mischungen; der Gedanke ist nicht ganz von der Iand zu weisen, daß auch hier schon vielleicht Verschiedenheiten m Assoziationsablauf mitbestimmend sein mögen, wie sie die Grenzen les Blickfelds variieren und späterhin ausführlich besprochen werden sollen. Da sie hier zum mindesten nur eine Nebenrolle spielen und wohl weniger auf der spezifisch krankhaften Assoziationsstörung, als vielmehr auf individuellen Eigentümlichkeiten beruhen, so soll die große Gruppe manisch-depressiver Wahnbildung von der geschilderten Entstehungsweise einfach als Affektwahn bezeichnet werden. Unter Affektwahn ist also zu verstehen die krankhafte Weiterbildung von Empfindungen und Vorstellungen im Sinne des herrschenden Affekts.

Als die durchsichtigste klinische Erscheinungsform desselben fand die Wahnbildung der reinen, unkomplizierten Manien und Melancholien, wie sie sich auf dem Boden der einfach heiteren oder einfach traurigen Verstimmung entwickelt, schon früher Erwähnung. Ihre unterste Stufe bildet der krankhafte Optimismus und Pessimismus, der hier, wie im gesunden Leben, das gesetzmäßige Korrelat jeder gehobenen oder deprimierten Stimmung auf dem Gebiete der Vorstellungstätigkeit bildet. Die falsche Wertung der Vorstellungen hat sich hier noch nicht zu konkreteren Wahnideen verdichtet, sondern der Kranke beschränkt sich darauf, allen seinen Beziehungen und Erlebnissen im Rahmen des erfahrunggemäß Möglichen die extrem günstige resp. ungünstige Beurteilung zu geben. Die Sanierung durch die präformierten Vorstellungen ist also eine denkbar vollständige. Und doch ist, streng genommen, schon die

erhöhte Selbsteinschätzung, die jedem typischen Maniakus eigen ist, eine Wahnidee, d. h. eine unkorrigierbare Vorstellung, die der Wirklichkeit nicht entspricht. Allerdings stehen optimistische oder pessimistische Ideen niemals in der Luft, sondern entwickeln sich ganz unmerklich, organisch aus realen Wahrnehmungen und richtig gebildeten Vorstellungen heraus; und zwar schöpfen sie entweder aus Empfindungen, wie sie von der Außenwelt zugeleitet, vor allem aber von der Selbstwahrnehmung krankhaft veränderter körperlicher und psychischer Funktionen geliefert werden, oder aus Vorstellungen, die dem Erinnerungsschatz entnommen sind. Ist es doch augenfällig, daß in der Melancholie die objektiven Empfindungen schweren Darniederliegens aller somatischen Vorgänge und die quälende, rätselhafte Wahrnehmung der intrapsychischen und motorischen Hemmung speziell geistig wenig differenzierte Menschen unter der Herrschaft eines adäquaten starken Affekts mit noch viel unwiderstehlicherer Gewalt zur wahnhaften Umdeutung und Weiterbildung drängen müssen, als dies schon den indifferenten Wahrnehmungen des gesund Affektiven widerfährt. Und ebenso augenfällig ist es, daß neben ständig vorhandenen unfreundlichen Eindrücken aus der gegenwärtigen Umgebung im Erinnerungsschatz jedes Menschen massenhaft halbvergessene Erinnerungsbilder eigener Schuld und Unfähigkeit bereitliegen, die nur der Wiederkehr des entsprechenden Seelenzustandes warten, um alsbald geschlossen an die Oberfläche zu tauchen. So entstehen die drei Hauptgruppen rein pessimistischer Vorstellungen, die zunächst nur Übertreibungen realer Erlebnisse sind, und die zum Inhalt haben Verfall und schwere Krankheit des eigenen Körpers oder die Schlechtigkeit und Minderwertigkeit der eigenen Persönlichkeit, wobei die Hemmung als Gemütlosigkeit und Dummheit empfunden wird, oder endlich von da aus auf Umwelt und Vergangenheit weiterspinnend, allgemeines Unglück oder das Bewußtsein schwerer Verschuldung (der letztere Doppelvorstellungskreis des Nichtichs kann nicht nur diese gleichsinnige Umbildung erfahren, sondern auch durch optimistische Kontrastfärbung das pessimistische Gesamtgemälde noch wirkungsvoller machen).

Steigt nun der Einfluß des Affekts, so muß, gemäß den besprochenen psychischen Mechanismen, eine selektive Wirkung erfolgen, indem die pessimistischen Vorstellungen, auf die sich im

Gedankenablauf jedesmal der Gefühlston legt, immer hochwertiger werden, während alle anderen Vorstellungen, die einer depressiven Gefühlsbetonung unzugänglich sind, infolge dieser geringeren Beziehung zum krankhaft veränderten Ich gar nicht mehr zum Anklingen kommen und ganz in den Hintergrund gedrängt werden. Die Wirkung dieses Selektionsprozesses auf die Kritik des Kranken muß eine verhängnisvolle werden; sobald nicht mehr genügend affektiv unverfälschte Vorstellungen im Bewußtsein vorhanden sind, werden die pessimistischen nicht nur nicht mehr durch Verbindung mit jenen sich korrigieren können, sondern werden durch ausschließliche Verbindung untereinander sich potenzieren müssen. Da auf diese Weise sich der gesamte Bewußtseinsinhalt auf die pessimistische Seite hinüber verschoben hat, also sein durchschnittlicher Wahrheitswert stark gesunken ist, so werden in diesem Rahmen auch Vorstellungen unkorrigiert bleiben, die die Grenze des subjektiv Möglichen bereits überschritten haben. Diese aus dem Boden des selektiv eingeengten Bewußtseinsinhalts ebenfalls wieder organisch herauswachsenden Vorstellungsfälschungen sollen als einfacher reiner Affektwahn bezeichnet werden. Die einfachen Affektwahnvorstellungen unterscheiden sich von den optimistischen und pessimistischen Vorstellungen nur graduell, sie sind die folgerichtige Weiterbildung der bereits dort charakterisierten, der realen Wahrnehmung und Erinnerung entstammenden Vo stellungskreise. Aus dem primär pessimistischen Vorstellungskreis der somatischen Selbstempfindung entwickeln sich die hypochondrischen Wahnideen, aus dem der psychischen Selbstempfindung vorwiegend die Kleinheits- und Unwerts-, und aus dem sekundär pessimistischen Vorstellungskreis der Vergangenheit und Umwelt vorwiegend die Versündigungs- und Unglücksideen. Die einfachen Affektwahnideen unterscheiden sich von ihrer Vorstufe hauptsächlich dadurch, daß sie von der diffusen Verfälschung großer, allgemeiner Vorstellungskomplexe ins einzelne fortschreiten; so werden wir die Meinung, schwer körperlich krank zu sein, hier als den Wahn wiederfinden, etwa die Kehlkopfschwindsucht zu haben, oder den pessimistischen Selbstvorwurf, die Familie ins Unglück gebracht zu haben, zu der unumstößlichen Idee gesteigert sehen, die Frau habe sich ertränkt; dabei wird wohl stets durch eine belanglose Körpersensation, ein flüchtig aufgefangenes Wort, eine abergläubisch ge-



deutete kleine Beobachtung usw. die spezielle Gedankenrichtung gegeben, die nun in dem pessimistisch selektiv veränderten Bewußtseinsinhalt keine Korrektion mehr findet. Oder die Weiterentfernung vom Bereich des Möglichen geschieht einfach durch Steigerung, wenn z. B. der Schaden, den der Kranke durch einen kleinen Geschäftsfehler angerichtet zu haben glaubt, nun etwa nicht mehr 50 Mark, sondern einige 1000 Mark beträgt; hier ist das rein Graduelle des Unterschieds noch viel selbstverständlicher. — Es würde zu weit führen, neben diesen Wahnbildungen der einfachen Depression, die das Typische der reinen Affektwahnbildung klar hervortreten lassen, die Angstideen, soweit sie sich von den rein depressiven inhaltlich unterscheiden, im einzelnen zu besprechen, da die Ungeklärtheit der psychologischen Stellung des Angstaffekts hier hindernd im Wege steht. — Die manischen Wahnideen sind selten reine Formen, sondern fast stets Mischprodukte der Affekt- und Assoziationsstörung, auf die später zurückgekommen werden soll.

Auf der Höhe heftiger, vor allem depressiver Affekte kann nun die Selektion des Vorstellungsinhalts, die Einengung des geistigen Gesichtskreises exzessive Grade annehmen. Eine Anzahl gesunder Vorstellungen kann dabei ganz gewöhnlich noch vorhanden sein, wie die richtige Beantwortung von Orientierungsfragen u. ä. beweist, allein sie sind völlig beiseite gedrängt, farblos, spielen im Gedankenablauf und damit in der Urteilsbildung gar keine Rolle mehr. Es sind Zustände, wie sie lebhaft an die in schwerer, gemütlicher Erschütterung durchwachten Nächte Gesunder erinnern, wo stundenlang in quälender, eintöniger Regelmäßigkeit eine Reihe von wenigen Gedanken immer wieder in sich selbst zurückkehrt. Und gerade dies bezeichnet auch die klinisch wohlcharakterisierte kleine Gruppe krankhafter Gedankenbildungen, die man „phantastischen“ Affektwahn nennen könnte. Daß hier unter der Einwirkung stärkster Unlustaffekte auf den hochgradig eingeengten und völlig pessimistisch umgewerteten Vorstellungsinhalt jeder Maßstab, jede vergleichende Kritik unmöglich werden muß, besonders wenn bei der häufig hinzutretenden Bewußtseinstrübung die Verbindung zwischen den Einzelvorstellungen sich zu lockern beginnt, braucht nach dem früher Gesagten wohl nicht mehr bewiesen zu werden. Der Vorstellungsinhalt wird ein phantastischer, d. h. er überschreitet nicht nur die Grenze des individuell,

ndern auch des allgemein menschlich Möglichen. Hierher gehören e schweren Angstzustände, wie sie wohl *Kraepelins* depressivem 'ahnsinn zum Teil zugrunde lagen. Als Beispiele wähle ich die von *übner* in den klinischen Studien über die Melancholie als Illustration ›en jener *Kraepelin*schen Krankheitsgruppe veröffentlichten Beobchtungen (Fall 5 und 6). Unter heftigsten Angstparoxysmen, unter ›chlaflosigkeit und sinnloser Agitation entwickelt sich ein eng ab;egrenzter Vorstellungsinhalt, wie ihn das folgende Zitat wiedergibt:

„Sitzt händeringend aufrecht im Bett, weint und jammert mit leiser Stimme vor sich hin. Nach dem Grunde ihrer Angst befragt, antwortet sie: Sie sei die schlechteste Person auf der ganzen Erde. Sie habe die Welt angezündet, jetzt brenne alles auf Erden. Die Häuser ständen in Flammen, die Menschen müßten sterben, sie höre deren Geschrei. Die Leute um sie herum seien keine richtigen Menschen aus Fleisch und Blut, sondern nur Gestalten, ihre Angehörigen seien tot, sie selbst sei innen hohl, eigentlich auch schon tot. Man solle ihr nichts zu essen geben, denn sie sei ein fluchbeladenes, unwürdiges Geschöpf und verdiene kein Mitleid. Die Türen des Hauses seien zugemauert, sie solle nie mehr herauskommen, habe es ja auch nicht anders verdient. Ist zeitweise nicht im Bett zu halten, steht auf, um vom Fenster aus die brennenden Häuser zu sehen" (Fall 5).

Ebenso Fall 6: „Pat. ist im Bett nicht zu halten, läuft fortwährend schreiend umher. Sei die schlechteste Person auf der Welt, habe alle Menschen auf Erden umgebracht; die Menschen, welche sich in ihrer Umgebung befänden, seien keine richtigen Menschen. Die Stadt sei in einen Schutthaufen verwandelt, sei untergegangen und zwar durch ihre Schuld. Die Pflegerinnen seien keine richtigen Menschen, sondern wandernde Figuren. Sie hätten zwar Körperformen wie lebendige Menschen, aber sie seien nicht mehr lebendig. Das Haus sei ein Gefängnis. Darein habe man sie auf Lebenszeit gesperrt. Sie solle zur Strafe für ihre Sünden hier ewig büßen. Essen solle man ihr nicht reichen, sie verdiene keins, denn sie habe die ganze Menschheit verschlungen. Sie sei auch verändert, ihr Fleisch sei verändert usw."

Die Behauptung mag paradox klingen, daß diese Gedanken im Grunde gar nicht phantastisch sind; d. h. dieser Ausdruck ist nur in dem Sinne richtig, daß sie für einen gesunden Hörer vom Standpunkt seines Seelenlebens aus fremdartig wirken, aber nicht in dem Sinne, daß sie die Ausgeburten einer herrenlos schweifenden Phantasie wären und nicht vielmehr dem Zwange der psychischen Gesamtverfassung gesetzmäßig entsprängen. Sie erweisen sich bei näherem Zusehen ebenfalls wieder als wahnhafte Weiterbildungen derselben, real bedingten Vorstellungskreise, denen wir seither begegnet sind. Es ist



nichts anderes, als das entstellte Bild von Ich und Außenwelt, wie es der Spiegel der affektiv extrem verschobenen Psyche zurückwirft, ein Bild völliger Leere und Verwüstung, wo die quälende Selbstempfindung der gähnenden inneren Leere sich bis zu dem Gefühl körperlicher Hohlheit verdichtet, wo die ratlos gehemmten Gedanken überall an verriegelte und vermauerte Pforten stoßen, wo jeder lebendige Eindruck sofort klanglos zu Boden fällt, so daß die Welt zuletzt als ein einziges stummes Leichenfeld erscheint, in dem die Personen der Umgebung als körperlose Schatten hin und her huschen, — um im nächsten Augenblick vor dem Delirium wilder, verzweifelter Selbstanklage in einem grausigen Brande aufzuflammen, aus dem das Geschrei der Unglücklichen herübertönt. — Ist das Phantastik? so wenig, daß man von innerer Wirklichkeit sprechen möchte; das alles ist die getreue Wiedergabe des Weltbildes, wie es der Gesunde niemals haben kann, wie es aber der gehemmte Affektkranke in manchen Fällen notwendig haben muß: so sieht es im Innern eines schweren Melancholikers wirklich aus. Gerade hier läßt sich der strikte Beweis erbringen, daß Wahnbildung nicht ein Einzelsymptom ist, das man entweder als gleichgültiges Nebenprodukt des Krankheitsprozesses vernachlässigen oder gar als Ausdruck irgend einer unklaren, selbständigen Intellektstörung dem übrigen Krankheitskomplex gegenüberstellen dürfte. Wir werden doch nicht von Zufall sprechen wollen, wenn in beiden Fällen *Hübner*s ein geschlossener Ideenkreis fast in jeder Einzelvorstellung sich bis zur Wörtlichkeit entspricht, der genau synchron dem Affekt sich entwickelt, genau mit diesem abklingt, der sofort abgeschnitten ist, wenn, wie in Fall 6, der depressive in einen manischen Affekt umschlägt, und der später mit dem alten Krankheitsbild stereotyp wiederkehrt; sondern wir werden anerkennen müssen, daß ein gleicher Vorstellungsinhalt unter den gleichen Umständen wörtlich sich wiederholt, weil er durch eben diese Umstände bis ins einzelne gesetzmäßig determiniert ist. — Dieser „phantastische" Affektwahn unterscheidet sich in jedem Punkt aufs schärfste von anderen, später zu besprechenden Formen „phantastischer" Wahnbildung, wie sie durch die Fälle K. und Tr. repräsentiert sind, und die ganz anderen Gruppierungen manisch-depressiver Grundstörungen, wenn auch ebenso gesetzmäßig entspringen.

Fassen wir das Resultat der bisherigen Untersuchung



rz zusammen: Der Affektwahn ist eine krankhafte Veränderung des **wußtseinsinhalts** im manisch-depressiven Irresein, die sich aus der **rfälschung des** psychischen Elementarvorgangs nach seiner Gefühls**te gesetzmäßig** entwickelt, die in ihrer allgemeinen Richtung durch **n herrschenden** Affekt und in ihrem speziellen Inhalt durch gewisse **ale, krankheit**seigentümliche Vorstellungskreise ausschließlich und **llständig determiniert** wird. —

Betrachten wir nun von hier aus weiter die Gestaltung des Bewußt**einsinhalts, wenn** er nicht mehr, wie bisher, durch reine Lust- bzw. **Unlustbetonung** jeder Einzelvorstellung eindeutig gerichtet wird. **Der Übergang** von einer depressiven in eine manische Krankheits**phase kann so** rasch oder so gleichmäßig erfolgen, daß mit dem Affekt **auch die Gedan**kenwelt des Kranken ohne Zwischenstufe aus einer **pessimistischen** in eine optimistische sich wandelt. Häufig aber ist **der Übergang** kein glatter, sondern es kommt zur Ausbildung einer Zwischenphase, die je nachdem den Charakter eines selbständigen, **langdauernden** Zustandsbilds annehmen kann, und die dadurch charakterisiert ist, daß hier der Affekt — gemäß dem manisch-depressiven Grundgesetz der Affektlabilität — in feinsten bis gröbsten Ausschlägen um den Indifferenzpunkt schwankt. Gerade diese fortwährende, schwankende Unsicherheit der Gefühlsbetonung bezeichnet, wie die Selbstbeobachtung lehrt, den eigentümlichen psychischen Mischzustand des Mißtrauens nach seiner Gefühlsseite hin (Mißtrauen ist kein Affekt, sondern ein komplexer psychischer Zustand, der sich neben Gefühlen vorwiegend aus Vorstellungselementen zusammensetzt). Unter diesen unklaren Affektschwankungen wird auch die manisch-depressive Vorstellungswelt sich nicht in ihrer Gesamtheit allmählich umzubilden vermögen, vielmehr finden wir regelmäßig im Zustandsbild der Übergangsphase den seelischen Inhalt als eine Mischung optimistischer und pessimistischer Vorstellungsgruppen. Mit der Zeit zeigt dieses Gemisch ganz gewöhnlich die Tendenz, sich nach zwei Polen hin zu sondern, indem der Vorstellungskomplex der eigenen Persönlichkeit (wohl einem Grundzug menschlichen Seelenlebens entsprechend) zum Zentrum optimistischer, ein der Außenwelt entnommener Vorstellungskomplex zum Zentrum pessimistischer Denkbeziehungen sich umbildet. Selbstverständlich handelt es sich hier nie um eine Trennung, sondern nur um ungefähre Richtung der

Vorstellungsgruppen; wir sehen im Verlauf von Tagen und Stunden die Ausdehnung des optimistischen und pessimistischen Gebietes gleichsinnig der Affektlage in weiten Grenzen schwanken; stets finden wir auch innerhalb dieses Grenzgebiets eine mehr minder große Unsicherheit der Wertung der Einzelvorstellung, die schon in ihrer Beeinflußbarkeit im Gespräch zum Ausdruck kommt, und die zu den Schwankungen des Gefühlstons in genauer Parallele steht. — In dem Moment aber, wo die besprochene Anordnung der Vorstellungsgruppen manifest zu werden beginnt, steht der manisch-depressive Paranoiker (nicht identisch mit dem Paranoiker schlechthin) vor uns. Denn das paranoische Zustandsbild im engeren Sinne ist determiniert 1. durch die optimistische Wertung der eigenen Persönlichkeit, 2. durch die pessimistische Wertung der Handlungen und Absichten der Umwelt und 3. das unklare Schwanken des Gefühlstons jeder neu auftauchenden Wahrnehmung gegenüber, wie es vom Subjekt charakteristisch als mißtrauische Unsicherheit empfunden wird. Es ist wohl einleuchtend, daß aus dieser Symptomgruppierung heraus eine von den seither besprochenen Typen ganz verschiedene Form der Wahnbildung erwachsen muß, indem einmal der Antagonismus der beiden gleichstarken Wertungsprinzipien die Selektion und Einengung des Vorstellungsschatzes nach dem Mechanismus der reinen Affektwahnbildung verhindert und indem die von Augenblick zu Augenblick fluktuierende Wertung im Grenzgebiet jedem neu auftauchenden Detail gegenüber eine Überproduktion von Urteilen, Schlüssen und Vermutungen hervorruft, die wir als Beziehungswahn bezeichnen, während der Umriß des Wahnsystems durch die polaren Vorstellungskomplexe fixiert bleibt. Dieser Beziehungswahn, diese gesteigerte vorstellungsmäßige Produktivität charakterisiert die Wahnbildung der Übergangsphase gegenüber der Vorstellungsverarmung des reinen Affektwahns (die manische Vorstellungsproduktivität ist nicht durch den Affekt bedingt). Für die entwickelte spezielle Auffassung des zirkulär-paranoischen Zustandsbildes, das als Produkt der Übergangsphase hauptsächlich von *Specht* und *Laehr* beschrieben wurde, soll hier ein kurzes Beispiel eingefügt werden.

M. J., Bauer aus R. Hereditär wenig belastet. Von Hause aus wenig intelligent, geringe Kenntnisse, enger Horizont. Erkrankte erstmals Sommer 1911 im 46. Lebensjahr im Anschluß an schlechte Heuernte

an reiner Depression mit Lebensüberdruß, Angstideen (solle eingesperrt werden usw.), ausgeprägter motorischer und Denkhemmung. War von Oktober bis Dezember 1911 in Behandlung der Tübinger Klinik. Eine leichte Depression hielt noch nach der Entlassung an bis Frühjahr 1912. Dann begann er sehr frisch und unternehmend zu werden, kaufte Wiesen und Vieh, „um einmal vorwärtszukommen", alles auf Schulden. Im Spätsommer zunehmende Gereiztheit; glaubte sich durch einen Feldnachbarn rechtlich benachteiligt, querulierte, machte dem Schultheiß Grobheiten, schimpfte auf den Gemeinderat. Im Herbst 1912 allmählicher Übergang in reine Depression, Lebensüberdruß, keine Gedanken mehr, kein Entschluß zur Arbeit mehr. Zu Hause so herumgesessen bis Frühjahr 1913. Wie es dann aufs Feld hinausging, wurde er wieder recht munter und aufgeregt, pfiff und sang, kaufte Vieh auf Schulden und hielt sich für einen reichen Bauern. Im Herbst 1913 schlug die rein gehobene Stimmung um; anläßlich eines kleinen, bei ihm verübten Obstdiebstahls, kam er zu der Ansicht, es geschehe ihm Unrecht, weil der Schultheiß auf seine Anzeige hin nicht gleich Schritte getan hatte. Er verfolgte die Sache mit großer Hartnäckigkeit, überlief den Schultheißen, ging vors Oberamt; trotzdem dieses die Bestrafung der Diebe veranlaßt hatte, beruhigte er sich nicht, sondern ging als oberamtlich bestellter Feldschütz, wie er behauptete, auf den Feldern umher, um alle vermeintlichen Obstdiebe zu notieren und gelegentlich sogar mit dem Messer anzugreifen. Zuletzt kam es soweit, daß er das ganze Dorf gegen sich verschworen glaubte. Er stieß Drohungen aus gegen eine Anzahl Bürger, die er für seine Hauptwidersacher hielt. Seine Furcht vor Verfolgung stieg soweit, daß er überall, wo er ein paar Leute zusammenstehen sah, glaubte, sie wollten ihn angreifen und totschlagen; auch nachts hatte er keine Ruhe mehr, sondern suchte bewaffnet, in Begleitung eines großen Hundes die Umgebung seiner Wohnung ab.

In der Tübinger Klinik, wo er vom 2. Oktober bis 9. November 1913 aufgenommen war, war er erst leicht gedrückter Stimmung, dann zunehmend gereizt, querulierend, unzufrieden, mißtrauisch, auch gegen die Klinik (seine Briefe würden nicht abgesandt, man wolle ihn zu Unrecht hier zurückbehalten u. ä.), zum Schluß wieder zugänglicher, eher etwas gehobener Stimmung. Aber auch im Verlauf jedes einzelnen Tags war seine Gemütslage oft außerordentlich wechselnd. Oft konnte man ihn morgens im Bett sitzend antreffen, wie er mit erhobener Stimme, lebhaft glänzenden Augen und energischer Geste betonte: „Zu Unrecht bin ich hier, zu Recht komme ich wieder heraus, Recht muß Recht bleiben"; oder: „Ich verklage sie, ich bringe sie alle vor Gericht". Wenige Stunden später schlich er in matter Haltung auf dem Gang umher und erzählte auf Befragen, sich die Tränen aus den Augen wischend, wie er allenthalben und von jeher gedrückt und niedergetreten werde, wie jedermann die Schuhe an ihm abputze, wie zu Haus jetzt alles verderbe; daß er hier sterben müsse und nicht mehr nach Hause komme. Oder er begann ein



Gespräch, indem er mit euphorischem Gesicht seinen Wohlstand, sein schönes Vieh usw. schilderte, um zu Schluß desselben in beweglichen Worten zu klagen, wie der Giebel seines Hauses dem Einstürzen nahe sei, ohne daß die Gemeinde, gemäß ihrer Verpflichtung armen Leuten gegenüber, denselben herstellen lasse. Einmal erzählte er mit Selbstbewußtsein, wie er mit seinem Schultheißen auf der Straße einen Wortwechsel hatte, zu dessen Beschluß er diesem erklärte, er sei ein schlechter Kerl, er habe es beim Militär nur zum Sch...hausputzer gebracht, um damit seine eigene Schlagfertigkeit zu illustrieren. Zwei Tage später erzählte er dieselbe Episode wörtlich, nur mit dem Unterschied, daß der Schultheiß ihn mit diesem Schimpfwort beleidigt habe — um nun zu zeigen, wie er wehrlos von jedermann unterdrückt würde. Sein Wahnsystem hielt er während der ganzen Zeit fest.

Die Krankengeschichte dieses Bauern, der in einem geschlossenen Zyklus 2 Jahre lang im Frühjahr pfeift, singt und einkauft, im Herbst queruliert und sich mißtrauisch verfolgt wähnt, um im Winter in Angst und Lebensüberdruß zu versinken, zeigt in charakteristischer Weise die Stellung der Paranoia als Mittelglied zwischen der hypomanischen und melancholischen Phase. Wir sehen, wie in die reine Gehobenheit des Frühjahrs sich nach und nach immer mehr Unlustelemente einführen, so daß sie über die selbstbewußte Gereiztheit allmählich in mißtrauische Verfolgungsangst und von da in reine Depression übergeht; wir sehen, wie auch innerhalb der paranoischen Phase selbst die Gemütslage durch den Antagonismus der beiden gegensätzlichen Affektrichtungen bestimmt ist, von denen nach Tagen, Stunden und Augenblicken bald die eine, bald die andere die Oberhand gewinnt. Aber auch bei extremen Ausschlägen nach der depressiven Seite bleibt ein Rest optimistischer Beurteilung, das Bewußtsein des eigenen Rechts, an dem Ichkomplex haften, ebenso wie auch dem gehobensten Selbstgefühl der bittere Nebengeschmack fremder Gemeinheit nie verloren geht. Sobald dieser letzte Rest verschwände, wäre das Zustandsbild reiner Depression bzw. Manie gegeben, denen sich der Patient in manchen Augenblicken stark annähert. Diese beiden gegensätzlichen Vorstellungsgruppen, die optimistische der eigenen Vortrefflichkeit und die pessimistische der Schlechtigkeit gewisser Nebenmenschen, bilden die festen Pole seines paranoischen Zustandsbildes, den allgemeinen Umriß seines fixierten Wahnsystems, dessen spezieller Inhalt, genau wie beim reinen Affektwahn, aus realen Erlebnissen sich organisch heraus-

entwickelt. Und zwischen diesen affektiv fixierten Polen kommt das Schwanken der Wertung des Detailerlebnisses im vorliegenden Krankheitsbild aufs schönste zum Ausdruck, das, wie die Episode mit dem Schultheiß zeigt, bis zur vollkommen gegensätzlichen Umwertung derselben Tatsache in der Richtung des momentanen affektiven Ausschlags gehen kann. Abgesehen von der mangelnden Ausbildung feiner, detaillierter Beziehungsideen, die in der geringen geistigen Beweglichkeit des wenig intelligenten Patienten ihre Erklärung findet, ist dieser Fall für den psychologischen Mechanismus der zirkulären Paranoia paradigmatisch.

Wenn nun seither der Zusammenhang krankhafter Vorstellungsbildung mit den drei Kardinaltypen zirkulärer Affekte, dem reinen manischen Lustaffekt, dem reinen melancholischen Unlustaffekt und der genau um die Mittellinie schwankenden gemütlichen Zwischenlage der mißtrauischen „Paranoia“ betrachtet wurde, so ist damit der Reichtum zirkulärer Affektwahnformen keineswegs erschöpft. Denn der weite Affektabstand der Manie zur Melancholie ist ausgefüllt von einer unendlichen Skala von Stimmungsnuancen von der beinahe rein manischen, leicht gereizten Gehobenheit bis zu der beinahe rein melancholischen Verfolgungsangst, der sich die ersten Spuren selbstbewußter Reaktion beimischen. Und ihnen entspricht das ganze Heer von Verfolgungs- und Beeinträchtigungsideen von der zornigen über die mißtrauische bis zur ausgesprochen ängstlichen Färbung. Sie bedürten als Übergangsformen keiner gesonderten Besprechung. Noch viel mannigfaltiger aber sind die Übergangsformen, die Beimengungen aus den anderen Quellen manisch-depressiver Vorstellungsverfälschung enthalten, denen wir uns nunmehr zuzuwenden haben.

Es wurden schon an früherer Stelle die kleinen Gruppen von Wahnbildungen herausgestellt, die in den Fällen K. und Tr. den mehr weniger reinen oder gemischten Affektwahnformen entsprechen. Sie sind auch zu Beginn der Krankheit selten ganz typisch und schon stark mit Wahnelementen anderer Genese vermischt. Später ist diese Quelle der Wahnbildung fast nur noch in der optimistischen bzw. pessimistischen Verfärbung des gesamten Bewußtseinsinhalts erkennbar, von der auch die Wahnideen mitbetroffen sind, die im übrigen eine ganz andere inhaltliche Struktur zeigen. Dies ist selbstverständlich, weil in den späteren Stadien nicht mehr die Affekte, sondern die



sensorischen Störungen und die Anomalien des formalen Gedankenablaufs das Krankheitsbild beherrschen.

In der Tat werden wir die Annahme nicht umgehen können, daß es sich bei unseren Kranken um eine selbständige sensorische Störung, d. h. um eine primäre Störung des Empfindungsvorgangs mit zentralem Ursprung handelt. Gewiß zwingt nicht jedes Auftreten einer Sinnestäuschung zu dieser Interpretation; finden wir doch schon die bisher besprochenen affektiven Wahnbildungen da und dort durch sporadische Sinnestäuschungen verstärkt (vgl. beim phantastischen Affektwahn), die nur auf der Höhe des Affekts, besonders bei leichter Bewußtseinstrübung, auftauchen und sich zwanglos durch die Einwirkung abnorm lebhafter Affektvorstellungen auf einen normalen sensorischen Apparat erklären lassen. — Daß der Affekt im vorliegenden Fall keine wesentliche Rolle bei der Entstehung der Sinnestäuschung spielt, lehrt ein Blick auf die Krankengeschichten; die vorübergehenden, leicht deliranten Zustände können in diesem Zusammenhang außer acht bleiben. — Auch die Störungen des Vorstellungsablaufs mit dem unmittelbaren, lebhaften In-den-Blickpunkt-Treten der Gedanken genügen nicht zur Erklärung, denn diese Lebhaftigkeit findet sich bei der manischen Denkstörung ganz gewöhnlich, ohne daß es deshalb in der Mehrzahl der Fälle zu Sinnestäuschungen käme. Vielmehr läßt sich dieses fortwährende Halluzinieren bei Abwesenheit jeder stärkeren psychischen Emotion nur aus einer krankhaft gesteigerten Resonanz erklären, die schon die gewöhnlichen Reize in den Entstehungsstätten des psychischen Wahrnehmungsvorgangs, den zentralen Perzeptionsfeldern finden, eine Auffassungsweise, wie sie, von *Kahlbaum*, *Kraepelin* u. a. mit einleuchtenden Gründen gestützt, ziemlich allgemeine Anerkennung genießt. Es liegt nahe, im speziellen Fall diese psychosensorische Erregung als zwar inkonstantes, aber typisch manisches Symptom aufzufassen, das zu der psychomotorischen Erregung in genauer Parallele stünde. Denn es sind auch sonst in der Literatur Fälle beschrieben, wo die Sinnestäuschungen eine ganz selbständige, dominierende Rolle im manischen Zustandsbilde spielen, und wo ihr Zusammenhang mit einer Erregung des zentralen Empfindungsapparats beinahe mit Händen zu greifen ist. Hierher gehört insbesondere der von *Goldstein* ausführlich beschriebene Fall, wo neben psychomotorischer



egung und lebhafter Ideenflucht subjektiv ein quälendes Gefühl
ıangenehmer Schärfe“ aller Sinneseindrücke, ein peinlicher Zwang
Alles-beachten-müssens und objektiv eine Fülle von Halluzinationen
h entwickeln, die exquisit durch indifferente äußere Sinnesreize
sgelöst wurden und sich auf diesem Wege experimentell studieren
ßen. Es ist bemerkenswert, daß diese exogen ausgelösten Sinnes-
ıschungen keinen entscheidenden Einfluß auf die Bildung des
orstellungsinhalts gewannen, daß das Individuum ihnen als etwas
ıßerlichem, Fremdem einigermaßen objektiv gegenüberstand. Diese
ogene Auslösung findet sich auch in der zweiten Erkrankung von
rl. Tr., wo sie die Geräusche des Bronchialkatarrhs zu bedrohenden
timmen assimilierte, ganz nach Art der Patientin *Goldsteins*. In-
ieweit bei der Krankheitsgenese von Frau K. die Ertaubung und
ie dadurch etwa bedingten Reizzustände im peripheren Sinnesorgan
ls auslösendes, die Entstehung von Sinnestäuschungen begünstigendes
Ioment mitgewirkt haben mögen, entzieht sich einer sicheren Be-
ırteilung; eine solche Annahme ist aber mit Rücksicht auf ander-
weitige, bei Taubheit gemachte Beobachtungen nicht unwahrscheinlich.
Sicherlich spielen auch späterhin periphere Reize, unklare körperliche
Mißempfindungen u. ä. bei beiden Kranken eine gewisse Rolle, aller-
dings nur nebensächlicher Art; denn eine derartige Beziehung ist
häufig gar nicht, dagegen der Zusammenhang mit den intrapsychischen
Vorgängen, das Herauswachsen aus dem übrigen Vorstellungsablauf
sehr deutlich zu erkennen. Die Auslösung der Sinnestäuschung ist
also hier eine ausgesprochen endogene, reperzeptive im Sinne *Kahl-
baums*. Und diese enorme Erleichterung der Reperzeption, die wir
mit *Kahlbaum* als einen notwendigen, im gesunden Leben beständig
sich vollziehenden und im Falle der Sinnestäuschung nur pathologisch
gesteigerten Seelenvorgang auffassen, ist für die Ausbildung des
spezifischen Bewußtseinsinhalts unserer Kranken und damit für die
gesamte Entwicklung ihrer Psychose von entscheidender Bedeutung.

Um aber den speziellen Mechanismus dieses Reperzeptions-
prozesses in den vorliegenden Fällen zu verstehen, werden wir das
Gebiet des psychischen Elementarvorgangs, auf dem sich die seit-
herigen Untersuchungen bewegten, vorläufig verlassen müssen und
uns den Verbindungen der psychischen Elemente, der Betrachtung
des Assoziationsablaufs zuzuwenden haben. Es wurde schon



an früherer Stelle ausgeführt, daß die Denkstörung unserer Kranken nur als Ideenflucht aufgefaßt werden kann; es wurden auch bereits die eigenartigen Vorstellungsgruppen geschildert, die sich auf dieser Grundlage entwickelt haben; wenn wir uns die unterste Stufe derselben, die einfachen, lockeren, vergänglichen Fehlgedanken nochmals vergegenwärtigen, so zeigt es sich, daß sie sich in nichts von den Gedankengebilden unterscheiden, die uns von den typischen Manien her geläufig sind, und die wir gemeinhin als ideenflüchtige Einfälle bezeichnen. Gibt es doch Manische, die solche abenteuerlichen, abrupt auftauchenden, mit Lebhaftigkeit vorgebrachten und rasch wieder versinkenden Vorstellungsgruppen, die stets halb geglaubt und halb nur spielerisch hingeworfen werden, in großer Menge produzieren, deren ganze Vorstellungstätigkeit sich oft tagelang völlig in solchen Gebilden erschöpft.

Es befindet sich gegenwärtig in der Tübinger Klinik ein solcher Kranker, J. S., Schuhmacher aus D., der nun schon zu wiederholten Malen eine Psychose vom Typus der gereizten Manie mit depressivem Initialstadium und durchgängiger Labilität nach der depressiven Seite hin durchmacht, und der jedesmal im ersten flotten Anlauf der Erkrankung ununterbrochen, unerschöpflich Einfälle produziert. Genau, wie unsere Kranken, vermag er, sobald man ihn fixiert, über seine gesamte Vergangenheit, über den Zusammenhang seiner Verbringung in die Klinik, über seine Person und seine Umgebung richtig und bis ins einzelne Auskunft zu geben. Andernfalls aber erzählt er tagelang unermüdlich: Zigeuner hätten ihn von Japan herausgebracht und nach D. verkauft. Er sei mit Dr. Faust auf einer Kanonenkugel durch die Luft geflogen. In seinem 8. Lebensjahr sei der Teufel als ein schwarzer Mann neben ihm gestanden und habe gesagt, er soll sich hängen, er soll sich die Pulsader aufschneiden; er aber habe ihm einen Schlag gegeben, daß der Teufel davongefahren sei. Heute nacht ist die Eva bei ihm gelegen, die Schlange, jetzt noch sitzt sie drüben im Saal. Einmal ist er an einem Kreuzweg dem wilden Heer begegnet; er hat dann einen Herzschlag bekommen und ist 4 Wochen lang tot gewesen. Er ist Napoleon VIII., stärker als alle, bricht eiserne Stangen ab und hält Löwen den Rachen zu. Man will ihn vergiften, ein Nihilist aus D. stellt ihm nach; seine Frau hat ihn verraten usw. — Ist er stärker gereizt oder überhaupt affektiv erregt, so bringt er all diese Dinge mit Leidenschaftlichkeit und innerer Überzeugung vor; er wird sofort heftig, wenn man ihm irgendwie widerspricht, um sie allerdings im weiteren Gespräch rasch fallen zu lassen. Ist er mehr gleichmütig, leicht gehobener Laune, so läßt er sich durch Suggestivfragen die abenteuerlichsten Behauptungen und Erzählungen entlocken, von Löwenjagden in Indien,



denen er jedes Stück seiner Jagdbeute beschreibt, seiner Reise in den mmel usw. Frägt man ihn dann zum Schluß: das wäre doch wohl alles r bare Unsinn, was er heute erzählt hätte, so erwidert er, ohne sich zu sinnen: „Das ist alles nicht so ernst gemeint; ich bin eben nervendend. Man sollte mir mein Gehirn herausmachen und ein anderes eintzen."

In dieser Probe finden wir die früher an unseren beiden Kranken ıtwickelten Hauptcharakteristika wieder: Die flotte Produktivität, ie „Lust zu fabulieren", den bezeichnenden Gegensatz von Anhaulichkeit und bizarrer Unlogik und vor allem das Schwanken es Realitätswerts. Um die Beziehung dieses wichtigen und doch ı seiner inhaltlichen Eigenart bisher recht wenig beachteten manischen orstellungsgebildes, des einfachen ideenflüchtigen Einfalls, zu der ormalen Grundstörung zu verstehen, ist es notwendig, das Wesen es ideenflüchtigen Vorstellungsablaufs klar vor Augen zu haben. Vir betrachten als solches den Mangel der Zielvorstellung im Geankengang des Manischen bei noch erhaltenem assoziativen Zuammenhang überhaupt. Wenn wir uns daran gewöhnt haben, im Sinne *Wundts* die psychischen Realitäten nicht als fertige Gegenstände, sondern ihrem wahren Charakter entsprechend als werdende Vorgänge zu denken, so werden wir es lieber vermeiden, von Zielvorstellung zu sprechen, was doch notwendig den Gedanken eines fertigen Dinges erweckt, das unverändert über den Einzelvorstellungen schwebt, und werden uns statt dessen des Ausdrucks m a n g e l n d e R e s u l t a n t e n b i l d u n g bedienen. Denn die Resultantenbildung ist ja eben der grundlegende Seelenvorgang, der unseren gesamten Vorstellungsinhalt schafft; durch Resultantenbildung, d. h. dadurch, daß aus einer Anzahl elementarer Empfindungen je die übereinstimmenden Züge zu einem neuen psychischen Gebilde, einer einfachen Vorstellung, zusammenlaufen, die das Gemeinsame aus allen enthält und das Unterschiedene als nebensächlich unterdrückt, und daß aus diesen einfachen Vorstellungen auf dieselbe Weise Vorstellungen zweiter, dritter usw. Ordnung hervorgehen, baut sich der seelische Inhalt aus zusammenhanglosen Einzelempfindungen über die einfacheren konkreten bis zu den abstraktesten Vorstellungen, den großen Zusammenfassungen, den letzten Endresultanten auf, wobei immer die nächst höhere die Obervorstellung der nächstniederen bildet. Wenn wir diese Auffassungsweise auf die realen Verhältnisse, d. h. den Gedankenablauf in der



Zeit übertragen, so nehmen wir wahr, daß dieser Vorgang fortwährend stattfindet, daß jedesmal die nächstfolgende mit den nächstvorausgegangenen Vorstellungen Resultanten bildet, deren höchste, schematisch gesprochen, die jeweilige Zielvorstellung darstellt, nicht im Sinne eines jedesmal bewußt vollzogenen komplizierten Urteilsprozesses, sondern genau so, wie über einem Tongewebe, kaum bewußt wahrgenommen, die leisen Obertöne schweben; die Zielvorstellung ist also nichts Konstantes, sondern ein mit jedem neuen Glied der Gedankenreihe neu zu Bildendes. Diese fortwährende Resultantenbildung ist es, was, im physiologischen Maßstab vorhanden, die logische Kontinuität der Gedankengänge des Gesunden garantiert; ihre mangelhafte Entwicklung bedingt die Eigentümlichkeiten der ideenflüchtigen Gedankenreihe nach der formalen, wie nach der inhaltlichen Seite hin. Der Mangel dieser fortlaufenden dichten Verflechtung von Obervorstellungen ermöglicht der ideenflüchtigen Vorstellungsgruppe das plötzliche, zwanglose Aufschießen und Wiederversinken ohne Rücksicht auf die vergangenen und zukünftigen und damit eine Massenproduktion von solchen Denkeinheiten, wie sie unter der sichtenden Logik des normalen Gedankengangs ausgeschlossen ist; er allein ermöglicht auch die bis zu einem momentanen Realitätsgefühl sich steigernde Lebhaftigkeit, mit der der Manische in seiner Idee aufzugehen vermag, eine Lebhaftigkeit, die beim Gesunden durch die sofort entstehenden logischen Resultanten kritisch abgedämpft wird.

Nun ist allerdings die Wirkung der Denkstörung auf die Vorstellungsgruppe als solche je nach ihrem Grad eine sehr verschiedene. Bei leichtester hypomanischer Ausprägung vollzieht sich die Resultantenbildung innerhalb der Einzelgruppe vollständig, d. h. bis zur logischen Zusammenordnung, die Ideenflucht wird nur in der mangelnden straffen Zusammenfassung einer längeren Reihe solcher Einheiten erkennbar. In der schweren Manie andererseits fehlen die Resultanten überhaupt, damit ist die Bildung von Vorstellungsgruppen ausgeschlossen, der Kranke produziert nicht mehr Sätze mit Subjekt und Prädikat, sondern nach primitivsten Assoziationsverwandtschaften weitertreibende Wortreihen. Zwischen beiden Extremen aber liegt der Fall, wo die Ideenflucht nicht nur den Zusammenhang der Vorstellungsgruppen, sondern auch diese selbst lockert, ohne sie jedoch völlig aufzulösen. Durch die unvollständige Resultanten-



ıldung innerhalb der einzelnen Denkeinheiten muß es somit zur
ntstehung von Gruppen niedrigerer Zusammenordnung kommen,
ıit anderen Worten: das Denken wird auf der bereits angedeuteten
wischenstufe zwischen der ungeordneten Aneinanderreihung von
rimitivvorstellungen und dem beständig sich zu logischen Ziel-
edanken zusammenfassenden Vorstellungsablauf des gesunden, er-
rachsenen Kulturmenschen stehen bleiben, der Stufe, auf der sich
ıuch das märchengläubige Kind befindet, das in seinem seelischen
Aufbau noch nicht von den konkreten Anschauungen über die Dinge
u ihrer logischen Zusammenfassung fortgeschritten ist. Das Kind
glaubt und erfaßt eine Märchenidee desto lebhafter, nicht je logischer,
sondern je anschaulicher sie ist — genau, wie der Ideenflüchtige seinen
Einfall. Damit sind wir auf abstraktem Wege auf dem Punkte an-
gelangt, zu dem uns schon früher die empirische Verarbeitung der
Krankheitsbilder geführt hatte; in dieser Beleuchtung wird uns auch
der kindliche, naivwichtige Ton, in dem die Kranken ihre Ideen vor-
bringen, nicht als Zufall erscheinen. Fassen wir das Resultat der
Untersuchung zusammen: Der Einfall ist eine in Mengen produzierte,
mit ihrer Umgebung assoziativ locker zusammenhängende, rasch auf-
tauchende und rasch verschwindende, mit Lebhaftigkeit erfaßte
Vorstellungsgruppe schwankenden Realitätswerts, die inhaltlich nicht
von der konkreten zur logischen Zusammenordnung fortgeschritten ist.

Auf einen bisher nur kurz berührten Punkt, das Schwanken des
Realitätswerts, muß hier noch näher eingegangen werden. Es beruht
einmal auf den Eigenschaften des Einfalls selbst; er kann sich einer-
seits der logisch geordneten Vorstellungsgruppe, andererseits der
aufgelösten ideenflüchtigen Wortreihe beliebig annähern und dadurch
der Lebhaftigkeit, der isolierten Geschlossenheit, der zwingenden
Plötzlichkeit weithin verlustig gehen, während der in jeder Beziehung
typische Einfall, wie wir täglich beobachten können, in statu nascendi
einen fast absoluten Realitätswert bis zum Grade der Einbildungs-
täuschung erreichen kann. Noch mehr aber wird das Schicksal des
Einfalls bestimmt durch das psychische Milieu, in das er hereingeboren
wird. Es geht aus der letztskizzierten Krankengeschichte mit aller
Deutlichkeit hervor und steht auch bei den beiden Hauptfällen außer
Zweifel, daß hier wiederum die Affektlage für die Stellung im gesamten
Bewußtseinsinhalt von großer Bedeutung ist. In der leicht gehobenen



hypomanischen Laune sind die Einfälle für den Kranken nicht viel mehr als ein buntes Gedankenspiel, dem er sich aus reiner Freude am Fabulieren hingibt; wenn man ihm sein ganzes Kartenhaus nachher als Unsinn bezeichnet, so ist er lachend damit einverstanden. Sobald aber diese Gedankenwelt unter die Herrschaft ausgesprochenerer Affekte kommt, gewinnt sie bedeutend an Festigkeit, so daß sie bereits ohne scharfe Grenze in das Gebiet der barocken Wahnbildung hinübergreift. Wenn wir trotzdem unter bloßer Affektwirkung, wie der Fall S. und auch die anderweitige Beobachtung zeigt, den Einfall kaum zu einem wichtigen, bestimmenden Faktor im Gesamtseelenleben werden sehen, so mag das, abgesehen von der mit Ideenflucht häufig verbundenen Affektlabilität vor allem daran liegen, daß Affekt und Ideenflucht sich in ihrer Wirkung auf den Vorstellungsinhalt deshalb schlecht zu kumulieren vermögen, weil diese Wirkung das eine Mal auf den einengenden Gedankenzwang, das andere Mal auf das ungebundene Gedankenspiel, also in entgegengesetzter Richtung läuft.

Während aber hier, nach der Seite der starken Affekte hin, der Einfall eine gewisse mangelnde Affinität zeigt, ist er in einem anderen Sinne recht eigentlich präformiert, nämlich in der Richtung der Sinnestäuschung. Es gehört im kranken und eigentlich auch schon im gesunden Leben zu den schwierigsten Aufgaben, gesteigerte intrapsychische Vorstellungslebhaftigkeit und sinnliche Realität voneinander abzugrenzen, besonders wenn die Produkte der ersteren, die Einbildungstäuschungen als Erinnerungstäuschungen in zeitlichen Abstand gerückt werden. Gerade die Lebhaftigkeit gehört aber zu den Haupteigentümlichkeiten des Einfalls; und ist nicht die plötzliche Unmittelbarkeit des Auftauchens und die logische Unabhängigkeit eine Eigenschaft, die den Einfall im Mechanismus des Vorstellungsablaufs neben die Sinneswahrnehmung stellt? Wenn aber schon bei normaler Funktion der zentralen Sinnesflächen der Einfall zur Einbildungstäuschung tendiert, so muß bei sensorischer Übererregbarkeit in spezifischer Weise dasjenige Vorstellungsgebilde zur Entstehung kommen, das dem gesamten Krankheitsbild der Fälle K. und Tr. vollkommen das Gepräge gibt: der reperzipierte Einfall. Frau K. gibt selbst die beste Beschreibung dieses Vorgangs, wenn sie in einem ihrer Briefe, nachdem sie eben von Herrn v. H.s Tod gesprochen hatte, plötzlich mit der Wendung „und man sagte mir soeben“ auf



ie abenteuerliche Idee überspringt, „man habe mir dann das Bett ımt dem Leintuch mit den Totenflecken gegeben“: also ein Gebilde on der typischen Struktur des Einfalls, das in lockerem, aber gut rkennbarem assoziativen Zusammenhang aus der vorangehenden edankenreihe plötzlich entspringt und im Auftauchen sofort halluiniert wird. Es ist klar, daß solche aus dem eigenen Gedankengang es Kranken hervorgewachsene Vorstellungseinheiten durch diese cheinbar sinnliche Bestätigung eine Fixation, einen Stempel untrügchster Gewißheit erhalten müssen, daß sie bei der Massenhaftigkeit, n der sie produziert werden, dem gesamten Krankheitsbild den harakter zu geben, das Seelenleben des Kranken weithin zu beerrschen und alle anderen Symptome äußerlich zurückzudrängen ermögen. Im Gegensatz zum einfachen Einfall handelt es sich also ier durchweg um echte Wahnbildung, die im einzelnen dadurch rfolgen kann, daß entweder die Reperzeption nicht bis zur Halluination fortschreitet, sondern nur die Bildung von Ideen abnormer innlicher Lebhaftigkeit mit dem Charakter unumstößlicher Gewißheit ur Folge hat, oder daß aus der wirklichen Halluzination sofort direkt lie Wahnidee entspringt, oder daß aus reperzipierten und halluinierten Einfällen sekundäre Wahnideen abgeleitet werden. — Diese Form „phantastischer“ Wahnbildung hat mit dem „phantastischen“ Affektwahn, außer der Fremdartigkeit vom Standpunkt des normalen Seelenlebens aus, überhaupt nichts gemein. Ihre Nichtunterscheidung muß zu dem *Thalbitzer*schen Schluß: Erlahmen des Affektes bei immer unsinnigerem Wahninhalt und folglich Demenz, führen.

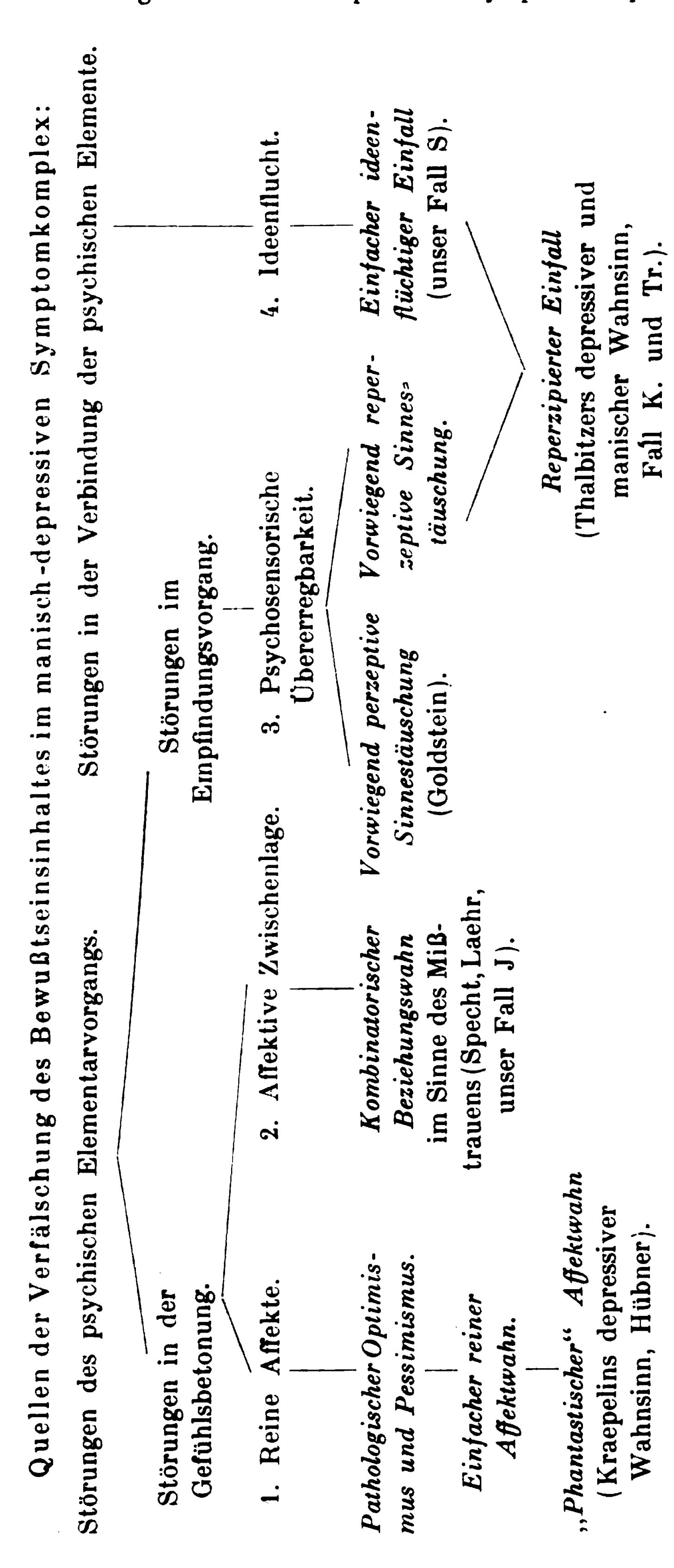
Es soll in diesem Zusammenhang noch einmal kurz das interessante Phänomen beleuchtet werden, daß bei unseren Kranken jahrelang diese Unmenge von reperzipierten Einfällen, von untereinander völlig unvereinbaren Wahnideen im Bewußtsein ungestört nebeneinander herlaufen, und daß sie ebenso, ohne das geringste Deckungsbedürfnis, einem wohlgeordneten Komplex realer Vorstellungen parallelgehen, — obgleich die Erklärung sich schon aus dem bisher Gesagten ergibt. Diese paradoxe Symptomgruppierung: absurd unlogischer Vorstellungsinhalt ohne Demenz, beruht auf den Eigentümlichkeiten des ideenflüchtigen im Gegensatz zum normalen Blickfeld. Bei der engen Verflechtung der Resultanten im gesunden Vorstellungsablauf vermag sich das Blickfeld nicht scharf abzugrenzen, sondern die im Blickpunkt stehende Vorstellung deutlichster Präsenz

hängt durch eine ununterbrochene Kette zusammen mit den zeitlich immer entfernteren bis hinein in den unterbewußten Gesamtvorstellungsschatz; eine einzelne Vorstellung, die dem letzteren in irgend einem Punkte nicht adäquat ist, kann somit den Blickpunkt nicht passieren, ohne durch diese geschlossene Leitung die Gegenvorstellung ebenfalls ins Blickfeld zu ziehen und so ihre Korrektion zu finden. — Tritt aber die ideenflüchtige Vorstellungsgruppe ins Blickfeld, so ist beim Fehlen genügender Resultantenbildung dasselbe vom übrigen Vorstellungsinhalt abgeschnitten, die isolierte Vorstellungsgruppe füllt das Blickfeld vollkommen aus mit der Lebhaftigkeit und Souveränität, die sich an manischen Kranken täglich beobachten läßt. Es besteht also gar nicht die Möglichkeit, daß die widerstreitenden Vorstellungsgruppen in ein Blickfeld gebracht und urteilmäßig in Beziehung gesetzt werden könnten.

Daß die der realen Sinneswahrnehmung und die der früheren gesunden Denktätigkeit entstammenden Vorstellungen bei unseren Kranken von diesem Isolierungsprozeß nicht ergriffen werden, liegt erstens daran, daß die der realen Sinneswahrnehmung entstammenden Vorstellungen komplexer sind, als die reperzipierten, d. h. daß sie meist aus verschiedenen Sinnesgebieten zugleich schöpfen und somit eine viel ausgedehntere assoziative Verankerung haben; zweitens daran, daß sie den Vorstellungen aus früherer gesunder Zeit gleichartig sind und also mit diesen leichter Assimilationen einzugehen vermögen; drittens daran, daß die letzteren durch die frühere gesunde Denktätigkeit fest und mannigfach miteinander verwebt und eng mit dem Vorstellungskern der eigenen Persönlichkeit verknüpft sind, — daß demnach keine von allen diesen Vorstellungen ins Blickfeld treten kann, ohne zahlreiche zugehörige Vorstellungen nach sich zu ziehen. So kommt es zu der ziemlich strengen Scheidung zwischen dem gesunden, festen Persönlichkeitskern und den gelockerten wahnhaften Gedankenreihen, die ihn arabeskenartig umziehen. Diese Scheidung ermöglicht das früher beschriebene merkwürdige Phänomen der Wechselbilder. Aus dieser Scheidung erklärt sich auch die normale affektive und willenmäßige Reaktion der Patienten auf ihre gesunden, und die schwankende oder fehlende auf ihre wahnhaften Vorstellungen.

Damit sind wir am Schlusse der symptomatischen Untersuchungen angelangt, deren Resultate hier in einem kurzen schematischen Überblick zusammengestellt werden sollen:




Quellen der Verfälschung des Bewußtseinsinhaltes im manisch-depressiven Symptomkomplex:
Störungen des psychischen Elementarvorgangs.
Störungen in der Verbindung der psychischen Elemente.
Störungen in der Gefühlsbetonung.
Störungen im Empfindungsvorgang.
1. Reine Affekte.
2. Affektive Zwischenlage.
3. Psychosensorische Übererregbarkeit.
4. Ideenflucht.
Pathologischer Optimismus und Pessimismus.
Einfacher reiner Affektwahn.
„Phantastischer" Affektwahn (Kraepelins depressiver Wahnsinn, Hübner).
Kombinatorischer Beziehungswahn im Sinne des Mißtrauens (Specht, Laehr, unser Fall J).
Vorwiegend perzeptive Sinnestäuschung (Goldstein).
Vorwiegend reperzeptive Sinnestäuschung.
Einfacher ideenflüchtiger Einfall (unser Fall S).
Reperzipierter Einfall (Thalbitzers depressiver und manischer Wahnsinn, Fall K. und Tr.).

Wenn wir nach alledem zu einer endgültigen klinischen Einreihung der beiden Fälle übergehen, so sind hier zunächst die Verblödungsprozesse auszuschließen. Eine Kranke, wie Frau K., mit einem frischen, lückenlosen Gedächtnis für Altes und Jüngstvergangenes, mit der Fähigkeit richtiger Orientierung, einem intakten Persönlichkeitsbewußtsein und vor allem mit einem reichen ethischen Gefühlsleben, fähig, mitzufühlen, zu lieben und zu zürnen, ein unverwischter, wertvoller und sympathischer Charakter von einem in seiner Situation geradezu rührenden Altruismus bis zu den feinen Formen gesellschaftlicher Höflichkeit (Dingen, die sich allerdings in einer Krankengeschichte nur mangelhaft wiedergeben lassen), — eine solche Kranke ist nicht dement. Daß die Affektlosigkeit wie die Unsinnigkeit der Wahnbildung nicht nur nicht, wie *Thalbitzer* meint, in diesem Sinne interpretiert werden müssen, sondern vielmehr hier nur in ganz anderer Weise interpretiert werden können, ist an früherer Stelle ausgeführt worden. Bei Frl. Tr. läßt sich eine Demenz nicht so durch den ersten Blick auf das Zustandsbild ablehnen; gegen eine solche spricht aber schon die symptomatologische Übereinstimmung mit dem Fall K. und spricht mit aller Sicherheit die genaue Analyse von Symptomen und Verlauf mit Rücksicht auf die Krankheitskategorien im einzelnen.

Eine senile oder arteriosklerotische Verblödung führt bei einer Dauer von vielen Jahren stets zu schwerer körperlicher und psychischer Destruktion, zu groben Ausfallerscheinungen, die bei unseren Kranken durchaus fehlen. Wenn die beiden Fälle aber den Spätformen der Dementia praecox nahestünden, so müßten ebenfalls nach vieljährigem Verlauf wenigstens Spuren schizophrener Symptome bemerkbar werden; man wird wohl sagen dürfen, daß diese beweglichen, produktiven, mitteilungsbedürftigen und affektiv ungemein lebhaften Kranken in allen Punkten das gerade Gegenteil von alten, schizophrenen Anstaltsinsassen sind, ganz abgesehen von dem tiefgreifenden Unterschied in der Wahnbildung, der an früherer Stelle entwickelt wurde. Auch die prinzipiellen Gründe, aus denen eine Aufstellung selbständiger Krankheitsgruppen auf Grund der Wahnbildung überhaupt und speziell im Sinne von *Thalbitzers* manischem und depressivem Wahnsinn abzulehnen ist, sind genau präzisiert worden. Was haben wir denn überhaupt für unsere

rkenntnis gewonnen, wenn wir die Wahnbildung auf eine Intellekt-
·krankung zurückführen? Wir haben damit doch nichts anderes
usgesagt, als daß eine Störung in der Bildung von Urteilen eben
uf einer Urteilsstörung beruhe, d. h. wir haben das Problem von
iner Seite auf die andere gelegt. Die Annahme einer „partiellen
'rübung der Kritik", wie sie von anderer Seite gemacht wurde (*Kausch*
ı. a.), ist noch weniger eine Erklärung, daneben aber eine psychologisch
ınvollziehbare Vorstellung. — Was diagnostisch gegen die groben
)efektpsychosen angeführt wurde, gilt in geringerem Maß auch gegen
lie feineren wahnbildenden Verblödungsprozesse, die *Kraepelin*
ıeuerdings als Paraphrenien zusammengefaßt hat. Bei Frau K.
ıchließt schon das hohe Lebensalter, bei Frl. Tr. die dreimalige Er-
rankung mit gesunden Zwischenzeiten eine solche Diagnose aus,
ganz abgesehen davon, daß beide Fälle sich von den von *Kraepelin*
gezeichneten Untergruppen in einzelnen mannigfach unterscheiden.
Überhaupt ist eine solche natürliche Frische in Handeln und Affekt-
reaktion nach vieljähriger Krankheitsdauer bei jedem, auch leichtestem,
Verblödungsprozeß wohl undenkbar.

Es gibt unter den schweren Psychosen nur eine, die bei so langer Dauer gerade diese Kernpunkte der Persönlichkeit unversehrt läßt, das ist das manisch-depressive Irresein. Die Kardinalsymptome desselben wurden teils als wechselnde Erscheinungen, teils als dauernd konstituierende Grundlagen in beiden Krankheitsbildern nachgewiesen. In diese Richtung weist bei Frl. Tr. auch der periodische Verlauf in vorwiegend manischen mit schwach ausgeprägten depressiven Phasen. Die Schilderung ihres Charakters aus früheren Jahren: heiter, lebhaft, sehr gesellig, gutmütig, tätig, oberflächlich, selbstbewußt — scheint sie in die Reihe der manisch gefärbten Konstitutionen zu stellen, die ja in höherem Alter ganz gewöhnlich dauernd und zwar in manischem Sinne entgleisen. Noch anschaulicher zeigt der Fall K. das Herauswachsen der Psychose aus dem Boden einer abnormen Charakteranlage, die dem entspricht, was *Kleist*, wenn ich ihn recht verstehe, als „ängstlich-lebhafte Konstitution" bezeichnet. Was diese Konstitution der Frau K. von einer im engeren Sinne psychopathischen durchaus unterscheidet, ist die Tatsache, daß hier ein in seiner Gesamtheit ebenmäßig gebauter, ausgeglichener Charakter von fester innerer Struktur nur eben nach ganz bestimmten Seiten

hin eine gewisse affektive Überansprechbarkeit zeigt, so daß bestimmte, schon im normalen Leben sich auf die entsprechenden Vorstellungsgruppen legende Gefühlstöne hier generell gesteigert erscheinen, wie es in der unermüdlich pflichttreuen, ängstlichen Besorgnis der Frau K. um ihre Angehörigen und in der ebenfalls ängstlich gefärbten starken Abneigung gegen alle Veränderungen in ihrem Lebenskreis nach der Seite des Fremden, Unbekannten hin sich kundtut. Diese konstitutionell abnormen Züge steigern sich zusehens mit dem Eintritt in höhere Lebensjahre, um unter Mitwirkung des äußeren Moments einer starken Schwerhörigkeit ohne scharfe Grenze ins eigentlich Psychotische überzugehen; das akute Einsetzen der schweren Symptome im Herbst 1910 bedeutet nur die Exazerbation einer bereits bestehenden, bisher schleichend verlaufenen Psychose. — Die beiden Fälle entsprechen sich also auch hinsichtlich des Verlaufs, indem beidemal, hier mehr kontinuierlich, bei Frl. Tr. mehr schubweise mit dem Eintritt ins Greisenalter aus einer leicht abnormen Konstitution sich eine chronische Psychose entwickelt, eine Psychose, die die Erleichterung des Denkens und Handelns im Verein mit einer heiter bzw. ängstlich verschobenen Affektlage als Wesenszüge erkennen läßt, dieselben Züge, die, noch in physiologischem Maßstabe vorhanden, der heiter-lebhaften Konstitution von Frl. Tr. und der ängstlich-lebhaften Konstitution der Frau K. zugrunde liegen. Nach einer geläufigen Auffassungsweise könnte man annehmen, daß hier gewisse, von Hause aus zu schwach angelegte Teile der psychischen Persönlichkeit, sei es durch bloße Abnutzung durch die gewöhnlichen Lebensreize oder außerdem unter Einwirkung seniler Involutionsprozesse (funktioneller, nicht grob anatomischer Natur) versagen und dadurch die eigentliche Psychose in die Erscheinung treten lassen, deren chronischer Verlauf in der durch das ganze Leben vorbereiteten und im hohen Alter einer Reparation schwer zugänglichen Entwicklung mit Notwendigkeit bedingt ist.

Wenn wir nach alledem keinen Anstand nehmen, beide Fälle dem z. Z. stark erweiterten Rahmen des manisch-depressiven Irreseins einzufügen, so geschieht das mit vollem Bewußtsein des großen Unterschieds, der diese chronisch verlaufenden, komplizierten Wechsel- und Mischzustände des Greisenalters mit der überwuchernden Ausbildung von Sekundärsymptomen von den

typisch zirkulären Psychosen trennt. So notwendig aber der erweiterte Rahmen für eine großzügige Diagnostik ist, die von der scholastischen Zerlegung von Paranoien und Wahnsinnsformen sich befreien will, und die nicht Symptömchen sammelt, sondern Grundlinien zeigt, so notwendig erfordert er eine gründliche Durcharbeitung der verschiedenartigen Krankheitsbilder, die er umfaßt, in Einzelstudien, um auf diesem Weg zur Gewinnung brauchbarer Untergruppen zu kommen, die dringend nötig sind, wenn wir nicht aus der Oberflächlichkeit in die Unklarheit verfallen wollen. *Kleist* hat mit seinem System autochthon und reaktiv labiler Konstitutionen, noch über die Grenzen des manisch-depressiven Irreseins hinausgreifend, diese Arbeit in Angriff genommen, und die Ansichten von *Stransky* über manisch-depressives Irresein und Paranoia, von *Wilmanns* u. a. tendieren in derselben Richtung. Die vorliegende Abhandlung kann zu dieser wichtigen Aufgabe eben nur einen Beitrag liefern; es wäre durchaus verfrüht, mit den geschilderten Fällen die Aufstellung einer selbständigen Gruppe versuchen zu wollen.

Jedenfalls aber ist es für unser praktisches Handeln nicht gleichgültig, ob wir den bizarren Wahnsinn dieser Kranken nach einem oberflächlichen Blick mit dem Schlagwort „Demenz" abtun, oder ob wir uns entschließen, darin die lebendigen, wenn auch in Unordnung geratenen Seelenvorgänge aufzusuchen. Denn im einen Falle werden wir an dieser Fülle seltsamer Gebilde vorübergehen, achtlos, wie an einem toten Trümmerhaufen, andernfalls aber werden wir hinter dem Spiel wirkender Seelenkräfte, die uns auch dann noch anziehend sind, wenn sie in Verwirrung durcheinandergreifen, die scheinbar verschüttete Persönlichkeit finden, die zu pflegen und zu erhalten unser Beruf ist dort, wo wir nicht heilen können.

Literatur.

Adam, Zum periodischen Irresein. I.-D. Rostock 1903.

Bechterew, Über periodische akute Paranoia simplex als besondere Form periodischer Psychosen. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 5, 1899.

Bleuler, Über periodischen Wahnsinn. Psych.-neurol. Wschr. Bd. 4, 1902/03.

Boege, Die periodische Paranoia. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 43, 1908.



Bumke, Über die Umgrenzung des manisch-depressiven Irreseins. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. Bd. 20, 1909.

Dreyfus, Die Melancholie, ein Zustandsbild des manisch-depressiven Irreseins. Jena 1907.

Friedmann, Zur Kenntnis und zum Verständnis milder und kurz verlaufender Wahnformen. Neurol. Zentralbl. Jahrg. 14, 1895.

Gaupp, Die Depressionszustände des höheren Lebensalters. Münch. med. Wschr. 1905, Nr. 32.

Gierlich, Über periodische Paranoia. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 40, 1905.

Goldstein, Ein Fall von manisch-depressivem Mischzustand. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 43, 1908.

Greidenberg, Zur Lehre über die akuten Formen der Verrücktheit. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 53, 1897.

Heller, Die Wahnideen der Melancholiker. I.-D. Zürich 1899.

Homburger, Die Literatur des manisch-depressiven Irreseins 1906—1910. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Ref. Bd. 2, 1911.

Hübner, Klinische Studien über die Melancholie. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 43, 1908.

Kahlbaum, Die Sinnesdelirien. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 23.

Kausch, Ein Beitrag zur Kenntnis der periodischen Paranoia. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 24, 1892.

Kleist, Die Involutionsparanoia. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 70, 1913.

Derselbe, Über chronische, wahnbildende Psychosen des Rückbildungsalters, besonders im Hinblick auf deren Beziehungen zum manisch-depressiven Irresein. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 69, 1912.

Derselbe, Die Streitfrage der akuten Paranoia. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 5, 1911.

Derselbe, Die klinische Stellung der Motilitätspsychosen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Ref. Bd. 3.

Köppen, Über akute Paranoia. Neurol. Zentralbl. 1899.

Krafft-Ebing, Lehrbuch der Psychiatrie.

Kraepelin, Psychiatrie. 1. bis 8. Auflage.

Derselbe, Die Abgrenzung der Paranoia. Neurol. Zentralbl. 1892.

Derselbe, Über paranoide Erkrankungen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 11, 1912.

Kreuser, Die Geistesstörungen im höheren Lebensalter und ihre Genesungsaussichten. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 71, 1914.

Laehr, Über zwei atypische Fälle von zirkulärem Irresein. 50jähriger Bericht über die Anstalt Schweizerhof (Festschrift). 1903.

Liepmann, Über Ideenflucht. Sammlung zwangl. Abhandlungen V, 1. Halle 1904.

Mendel, Ein Beitrag zur Lehre von den periodischen Psychosen. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 44, 1888.



Diskussion über *Mendels* Vortrag. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 44, S. 664, 1888.

Mönkemöller, Zur Lehre von der periodischen Paranoia. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 62, 1905.

Nitsche, Über chronisch-manische Zustände. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 67, 1910.

Pilcz, Die periodischen Geistesstörungen. Jena 1901.

Rehm, Der depressive Wahnsinn. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1910.

Derselbe, Verlaufsformen des manisch-depressiven Irreseins. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 64, 1907.

Schott, Beitrag zur Lehre von der Melancholie. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 36, 1903.

Schüle, Klinische Psychiatrie.

Seiffer, Akute rezidivierende halluzinatorische Paranoia. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 62, 1905.

Skierlo, Über periodische Paranoia. I.-D. Königsberg 1900.

Specht, Über die klinische Kardinalfrage der Paranoia. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1908.

Derselbe, Über die Struktur und klinische Stellung der Melancholia agitata. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1908.

Derselbe, Über den Angstaffekt im manisch-depressiven Irresein. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1907.

Derselbe, Chronische Manie und Paranoia. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1905.

Stransky, Das manisch-depressive Irresein. Leipzig und Wien 1911.

Thalbitzer, Melancholie und Depression. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 62, 1905.

Derselbe, Die manio-depressive Psychose. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 43, 1908.

Derselbe, Manischer Wahnsinn. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Bd. 1, 1910.

Thomsen, Die akute Paranoia. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 45, 1910.

Weygandt, Über die Mischzustände des manisch-depressiven Irreseins. München 1899.

Wilmanns, Die Differentialdiagnostik der funktionellen Psychosen. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1907.

Derselbe, Zur klinischen Stellung der Paranoia. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1910.

Wundt, Grundriß der Psychologie.

Ziehen, Psychiatrie.

Derselbe, Eine neue Form der periodischen Psychosen. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 5.



Berufsgeheimnis und Herausgabe der Krankengeschichten[1]).

Von

Medizinalrat Dr. **Max Fischer**, Wiesloch.

Der ärztliche Eid des Hippokrates enthält die Stelle: „Was ich während der Behandlung eines Kranken wahrnehme oder auch außerhalb der Behandlung im gewöhnlichen Leben erfahre, das will ich, soweit es seiner Natur nach nicht weitererzählt werden soll, verschweigen und es für ein Geheimnis ansehen."

Der § 300 unseres heutigen Strafgesetzbuchs lautet weit nüchterner: „............, Ärzte, Wundärzte, Hebammen, sowie die Gehilfen dieser Personen werden, wenn sie unbefugt Privatgeheimnisse offenbaren, die ihnen kraft ihres Amtes, Standes oder Gewerbes anvertraut sind, mit Geldstrafe bis zu 1500 M. oder mit Gefängnis bis zu drei Monaten bestraft. Die Verfolgung tritt nur auf Antrag ein."

Was im Altertum, vor beiläufig 2300 Jahren, als persönlicher freiwilliger Eid des Heilkundigen zum Ausdruck gebracht wurde, das wird heutigentags durch das Strafgesetz unter Ahndung gehalten. Wir können unter anderem darin einen Beweis für die Wichtigkeit, die man von seiten des Staates und der Gesetzgebung der Verschwiegenheit des Arztes als einem für die Allgemeinheit zu wahrenden Gut beimißt, erkennen.

Daß die ärztliche Verschwiegenheit in der Tat einen Grundpfeiler unseres ärztlichen Wirkens darstellt, worauf sich im Verein mit der Persönlichkeit des Arztes das uns unentbehrliche Vertrauen des Kranken aufbaut, daß die Wahrung des Berufsgeheimnisses für

---

[1]) Vortrag auf der 43. Versammlung südwestdeutscher Irrenärzte am 23. November 1913 in Karlsruhe in erweiterter Form.



den Arzt selbst eine sittliche Notwendigkeit und Selbstverständlichkeit bedeutet, ohne welche die Ausübung unseres Berufes überhaupt unmöglich würde, davon sind wir alle ohne Ausnahme heute wie damals auch ohne den § 300 fest überzeugt.

Schon bestritten ist die Frage, in welchen bestimmten Fällen das Berufsgeheimnis gegenüber höheren Interessen oder aus sittlicher Pflicht hintangesetzt werden dürfe, wo wir also zur Aussage über uns kraft unseres Berufes anvertraute Geheimnisse berechtigt und befugt oder sogar verpflichtet sind, beziehungsweise dazu bei Strafe angehalten werden können.

Es ist höchst interessant, allen diesen Wegen nachzugehen und zu sehen, welche Meinungsverschiedenheiten hierüber sowohl unter Ärzten wie Juristen im einzelnen bestehen, wenn auch über manche wichtige Punkte nach und nach eine Einigung erreicht ist.

Hier kann ich jedoch weder auf die Details der Auslegung des § 300 noch auf die Vorschläge zur Verbesserung und Ergänzung des Paragraphen im neuen Entwurfe zum Strafgesetzbuch näher eingehen, sondern muß mich darauf beschränken, die Hauptgesichtspunkte kurz zu streifen.

Als Offenbarungspflicht wird die ärztliche Aussage im allgemeinen anzusehen sein, wenn andere reichs- oder landesgesetzliche Bestimmungen sie anordnen und damit zu einer befugten machen. Hierher gehören zum Beispiel die Bestimmungen über die Anzeige von Infektionskrankheiten, ferner die Fälle des § 139 des RStGB. (Verhütung schwerer Verbrechen) usw. Übrigens ist meines Erachtens schon hier ein Unterschied zu machen, ob über einen Kranken ausführliche Mitteilungen vertraulicher Art gemacht werden, oder ob lediglich eine Anzeige über die Art seiner Krankheit, worüber unter Umständen auch andere als der Arzt unterrichtet sind oder sein können, erstattet wird.

Unbedingt zur vollen Offenbarung ist der Arzt ferner gehalten, wenn er als Gutachter im Strafprozeßverfahren auftritt. Hier hat er als Gehilfe des Richters alles Material, soweit es irgend zur ärztlichen Beleuchtung und Aufklärung des Falles dienen kann, rückhaltlos vorzubringen.

Im übrigen strafgerichtlichen Verfahren ist der Arzt bekanntlich nach § 52 der StPO. zur Zeugnisverweigerung berechtigt und soll



davon auch weitgehenden Gebrauch machen. Er ist aber nicht zur Verweigerung der Aussage verpflichtet, sondern kann, wo wichtige Interessen es ihm gebieten, nach Maßgabe des Zeugeneides straflos sich äußern. Dasselbe gilt vom Zivilprozeß; nur daß es hier dem Richter zum Unterschied vom Strafprozeß noch zur besonderen Pflicht gemacht ist, daß er solche Fragen vermeide, die den Arzt in Konflikt mit seiner Verschwiegenheitspflicht bringen.

Auf die weiteren Eventualitäten, wo der Arzt entweder zur Wahrung seiner Ehre oder aber zur Einklagung seines Honorars gezwungen wird, die Verschwiegenheit zu verletzen, soll hier nicht eingegangen werden. Doch wird auch dabei das oben Gesagte, wonach nur das für den speziellen Zweck durchaus Notwendige preisgegeben werden soll, zu beachten sein.

Viel schwieriger zu beurteilen sind diejenigen Fälle, wo der Arzt nicht durch gesetzliche Bestimmungen über die Direktive seines Handelns unterrichtet wird, sondern wo er nach seinem eigenen Gewissen entscheiden muß, ob er zum Schutze anderer über seinen Patienten aussagen darf oder muß, oder aber, ob er die stillschweigend von ihm anerkannte oder vom Patienten ausdrücklich auferlegte Schweigepflicht unter allen Umständen aufrechthalten soll. Hier kann der Arzt in die schwerste Kollision der Pflichten geraten.

Indes scheint mir dabei das oberste Gesetz des Arztes: „nihil nocere", und das der Prophylaxe, der Verhütung von weiterem Schaden, maßgebend zu sein. Man soll sich aber hüten, dafür allgemeine gesetzliche Normen aufstellen zu wollen; ich halte es vielmehr für richtiger, wenn jeder einzelne Arzt im jeweiligen besonderen Falle diese Gewissensfrage sich vorlegen und auch entscheiden muß.

Nur ganz im allgemeinen wird man sagen dürfen: Wo durch das Schweigen des Arztes eine neue schwere Erkrankung bei einer oder mehreren anderen Personen oder aber anderweitiger unwiderbringlicher Schaden für Leib und Leben oder Hab und Gut eines kleineren oder größeren Kreises verursacht würde, da ist das Einhalten der Verschwiegenheit nicht zu rechtfertigen. In solchen Fällen ist der Arzt verpflichtet, zunächst die Einwilligung seines Patienten zur Mitteilung und zur Warnung der Beteiligten einzuholen. Gelingt ihm dies nicht, und handelt es sich auch nicht um Fälle, wo er gerichtliche oder behördliche Hilfe in Anspruch nehmen kann, so muß der Arzt

us sich heraus vor seinem Gewissen die Entscheidung treffen, selbst uf die Gefahr einer Anzeige nach § 300 RStGB. hin. Auch für den 'all, daß das Verfahren dann durchgeführt würde und zu seinen Jngunsten ausfiele, hätte er doch vor deutschen Gerichten angesichts ler ihn leitenden edeln Motive keine erhebliche Strafe zu befürchten.

Zweifellos werden sich aber bei einem derartigen Widerstreit der sittlichen Pflichten für den Arzt gar nicht selten außerordentlich schwierige und peinliche Lagen ergeben, woraus den richtigen, befreienden Ausweg zu finden, für ihn allein mitunter sehr schwer fallen wird; insbesondere dürfte dies für junge, unerfahrene Kollegen zutreffen. In solchen Fällen sollte für den Arzt eine Möglichkeit, sich an berufener Stelle vertraulich auszusprechen und zu befragen, vorhanden sein. Und ich möchte in diesem Zusammenhange anregen, für ärztliche Gewissenskonflikte der besprochenen Art, wobei das Berufsgeheimnis in Frage steht und es zweifelhaft erscheint, ob es unbedingt gewahrt werden muß oder im Sinne höherer Interessen geopfert werden darf und in welchem Maße, ob statt des Schweigerechts ein Aussagerecht oder sogar eine Redepflicht bestehe, eine Instanz zu schaffen, wo der beteiligte Arzt sich über die Lage des Gesetzes, über Vorentscheidungen usw. unterrichten, wo er sich autoritativen Rat erholen und so selbst zur richtigen Handlungsweise geführt werden kann. Hierbei könnte vielleicht an eine Anlehnung an die schon bestehenden ärztlichen Ehrengerichte gedacht werden.

Nach dieser allgemeinen Einführung gehe ich nunmehr genauer auf mein eigentliches Thema über, nämlich zu untersuchen, ob überhaupt und in welchen Fällen etwa der Arzt, insbesondere der Irrenarzt, der Anstaltsleiter, auch in seiner Eigenschaft als Staatsbeamter, zur Herausgabe der ärztlich geführten Krankengeschichten seiner Pfleglinge angehalten werden könne oder verpflichtet sei.

Hierzu habe ich in meiner Anstalt von jeher den Standpunkt eingenommen, daß die ärztliche Krankengeschichte mit all ihren vertraulichen Angaben seitens des Kranken selbst und seiner Angehörigen über sein Vorleben, über Familiengeschichte, Erblichkeit, über Entstehung und Entwicklung seiner Krankheit, mit allen Krankheitsäußerungen und schriftlichen Ergüssen kein Bestandteil der offiziellen Anstaltsakten, sondern ein Internum des Ärztekollegiums sei. Die Krankengeschichte stellt als Ganzes ein uns anvertrautes

Privatgeheimnis im Sinne des Gesetzes dar, das unter allen Umständen von uns gewahrt werden muß. Wir haben daher bis jetzt alle Ansuchen um Herausgabe der Krankengeschichte von seiten der Behörden jeglicher Art, auch der Gerichtsbehörden, mit Berufung auf den § 300 RStGB. prinzipiell abgelehnt.

Als mitteilbare Akten in diesem Sinne sind vielmehr von uns nur die Personalakten des Kranken mit dem Aufnahmeverfahren, wozu höchstens noch das ärztliche Aufnahmegutachten zählt, weil es im amtlichen Aufnahmeverfahren erhoben wird, behandelt worden.

Eine Ausnahme in der Ausleihung von Krankengeschichten ist bisher von uns lediglich bei Berufsgenossen, also Ärzten, die ein erhebliches ärztliches Interesse an der Mitteilung der Krankengeschichte erweisen konnten, gemacht worden, weil sie ja unter dem gleichen § 300 des Berufsgeheimnisses stehen wie wir und daher ebenfalls zur Schweigepflicht verbunden, beziehungsweise bei deren Verletzung unter dieselbe Strafe gestellt sind.

Auch an Gerichtsärzte und ärztliche Sachverständige haben wir aus dem gleichen Grunde auf Ansuchen die Krankengeschichte unserer Pfleglinge abgegeben in der Annahme, daß sie trotz ihrer Stellung zur Rechtspflege gleichfalls dem § 300 unterstehen und von diesem Gesichtspunkte aus die Krankengeschichte zwar, soweit für die Begutachtung nötig, benützen, aber nicht weiter ausliefern werden.

Bis jetzt ist dieser Standpunkt auch von allen ansuchenden Behörden, insbesondere von allen Staatsanwaltschaften des deutschen Reichs ohne Ausnahme widerspruchlos anerkannt worden; auf der Herausgabe der Krankengeschichte ist niemals bestanden worden.

In der neuesten Zeit hat sich jedoch der erste Fall zugetragen, daß eine Staatsanwaltschaft unsere anfängliche Ablehnung nicht gelten ließ, sondern, nachdem sie die Personalakten des Kranken mit Aufnahmegutachten erhalten hatte, nun auch auf der Herausgabe der Krankengeschichte mit dem Hinweis bestand, daß wir als Staatsbehörde nach § 96 StPO. zur Auslieferung verpflichtet seien. Sie nehme an, daß die Krankengeschichten amtliche Schriftstücke seien und sich in Verwahrung der Direktion, also einer Behörde befinden. Sonach sei die Herausgabe keine unbefugte, wie überhaupt nie, wenn sie Zwecken der Rechtspflege dienen soll. Die Mitteilung der Krankengeschichte sei ihr übrigens noch von keiner deutschen Irrenanstalt

verweigert worden. Dieser letzte Passus hat mich offen gestanden bei der ganzen Sache am meisten überrascht und gewundert.

Demgegenüber haben wir unsern schon oben bezeichneten und bisher strenge durchgeführten Standpunkt unter eingehender Begründung dargelegt und insbesondere betont, daß die Krankengeschichte ihrer Natur nach kein Aktenbestandteil sein könne, sondern als anvertrautes ärztliches Geheimnis gelten müsse, dessen Wahrung eigentlich gerade die Vertreter der Justiz am ehesten anerkennen müßten. Zur Hergabe an den Gerichtsarzt sowie zu jeder sachdienlichen Äußerung hatten wir uns bereit erklärt. Falls die Staatsanwaltschaft diesen Standpunkt aber nicht gelten lasse, so möge sie eine Entscheidung beim Reichsgericht herbeiführen.

Die Staatsanwaltschaft hat sich aber dabei nicht beruhigt, sich auch nicht an das Reichsgericht gewendet, sondern einfach bei unserer vorgesetzten Behörde beantragt, daß wir zur Herausgabe der Krankengeschichte veranlaßt werden sollten. Unsere Behörde hat sich nun im wesentlichen auf den Standpunkt der staatsanwaltschaftlichen Ausführungen gestellt und die Herausgabe unserer Krankengeschichte an die Staatsanwaltschaft angeordnet. Dieser Anordnung haben wir Folge geleistet, zugleich aber hervorgehoben, daß wir unsern grundsätzlichen Standpunkt aufrechthalten, weil bei einer allgemeinen Handhabung der Auffassung des Gerichts die Vertrauensstellung des Arztes zum Kranken, die mit unserer Stellung als Beamte gar nichts zu tun habe, untergraben werden müsse. Das Prinzip der ärztlichen Freiheit und Verschwiegenheit würde durchbrochen, und wir wären in der Folge auf Schritt und Tritt sowohl in der Erforschung der Krankheiten als auch in der Behandlung unserer Kranken gehemmt. Wir behielten uns vor, die für uns außerordentlich wichtige Frage weiter zu verfolgen und dann wieder zu berichten.

Dies die Vorgeschichte des Falls.

Nun die Epikrise!

Die Krankengeschichte ist in diesem Falle herausgegeben worden. Wir haben der Anordnung der Behörde gehorcht und damit als Untergebene, als Beamte sicher korrekt gehandelt. Ob wir aber als Ärzte einwandfrei verfahren sind, das ist eine andere Frage. Mir selbst will es scheinen, als ob wir darin vor unserm Gewissen die Prüfung nicht ebenso gut bestanden hätten. Allerdings war uns die Entscheidung dadurch erleichtert worden, daß in diesem speziellen Falle durch die Mitteilung der Krankengeschichte ihrem Inhalte nach dem entlassenen Pfleglinge kaum geschadet werden konnte, und daß, selbst wenn er Anzeige nach § 300 gegen uns erstattet hätte, dabei wohl

nichts herausgekommen wäre, weil wesentliche Privatgeheimnisse über den Inhalt der Gerichtsakten selbst hinaus nicht verraten wurden.

Ganz abgesehen davon war aber hier die Herausgabe der Krankengeschichte nicht freiwillig geschehen, sondern auf behördlichem Wege von uns erzwungen worden, was wohl einer Beschlagnahme gleich zu erachten sein wird; eine erneute Weigerung unsererseits wäre voraussichtlich nutzlos gewesen und hätte ohne Zweifel zur tatsächlichen Beschlagnahme geführt. Trotzdem hätten wir es vielleicht darauf ankommen lassen oder auf einem Gerichtsbeschluß beharren sollen.

Ich habe Ihnen nun diese Mitteilung über einen Spezialfall gemacht, um Sie zum Nachdenken über die wichtige Materie zu veranlassen und auch, um in der Diskussion Ihre Meinungen, unter Umständen auch gegenteilige und deren Begründung zu hören. Ihnen allen kann ja jeden Tag der gleiche Fall vorkommen; und es ist gut, beizeiten sich die Richtlinien seines Handelns klarzulegen.

Meine eigene Ansicht hierzu möchte ich aber in folgende Betrachtungen zusammenfassen:

In unserem Falle ist die Sachlage nicht etwa so wie im bekannten Moabiter Aufruhrprozesse, nämlich, daß wir Ärzte dem Gerichte die Aussage überhaupt verweigert und dadurch die Beschlagnahme der Krankengeschichte erst herbeigeführt hätten. Einmal handelt es sich nicht um den § 139; das Verbrechen war bereits geschehen. Sodann hatten wir uns im Gegenteil ausdrücklich zur Zeugen- und Sachverständigenaussage sowie zu jeder weiteren Aufklärung des Falles angeboten, ja sogar die Herausgabe der Krankengeschichte an den Gerichtsarzt als Berufsgenossen zugesagt. Die Erfüllung der Rechtspflege war somit auf keine Weise behindert. Bei dieser Sachlage stellt sich das Bestehen auf der Herausgabe der Krankengeschichte als eine, wie wir es ansehen müssen, große und noch dazu ganz unnötige Härte gegen uns dar. Ob nicht auch die Berechtigung zu diesem Verfahren angefochten werden kann, werden wir noch zu prüfen haben.

Die Staatsanwaltschaft beruft sich ferner darauf, daß wir als Beamte und Behörde ihr gegenüber als Behörde überhaupt und insbesondere in Verfolgung der Rechtspflege zur Herausgabe der Krankengeschichte und aller auf den Kranken bezüglichen Schriftstücke nach § 96 der StPO. verpflichtet seien.



Demgegenüber ist geltend zu machen:

Wenn wir als Anstaltsdirektoren und -ärzte auch staatliche ꞉eamte sind und alle Pflichten solcher übernommen haben, so darf adurch doch auf keinen Fall das berufliche Vertrauensverhältnis wischen Arzt und Kranken irgendwie berührt oder gar geschmälert rerden. Als behandelnde Ärzte nehmen wir unsern Patienten gegenber die gleiche Stellung ein wie jeder Privatarzt auch. Darin kann nd darf es in unserm beruflichen Wirken keinen Unterschied geben. Vas unsere Kranken uns kraft unseres ärztlichen Berufes mitteilen, ıaben wir unbedingt als Berufsgeheimnis zu achten, um so mehr, venn es in den Krankengeschichten niedergeschrieben ist, oder wenn s sich um uns anvertraute Schriftstücke der Kranken selbst handelt. Diese Krankengeschichten stellen keine Akten dar in dem Sinne, wie es sonst behördliche Akten gibt, gerichtliche Akten, Verwaltungsakten usw.; diesen entsprechen vielmehr lediglich die Personalakten unserer Kranken mit dem Aufnahmeverfahren, Kostenfestsetzungen, Formalien usw. Allein schon wegen des im Aufnahmeverfahren erhobenen ärztlichen Aufnahmegutachtens kann man zweifelhaft sein, ob es zu den Personalakten des Kranken gehört, oder ob es nicht vielmehr in der Krankengeschichte verwahrt werden muß. Wir in Wiesloch teilen dieses Gutachten durchaus nicht jedermann mit, sondern nur mit Auswahl. Man wird sogar die Frage aufwerfen können, ob wir darin nicht bereits zu weit gehen; ob nicht auch das ärztliche Aufnahmegutachten unter allen Umständen geheim und unter Verschluß zu halten sei, damit es bei der Durchführung des Aufnahmeverfahrens und anderer Verwaltungsmaßnahmen nicht mit den übrigen Akten Unbefugten in die Hände fallen und mißbraucht werden kann.

Hier könnte an den Vorschlag eines unserer Medizinalbeamten gedacht werden, daß nämlich das Aufnahmegutachten vom Arzt verschlossen an die Behörde eingereicht und an die Anstalt weitergegeben wird, wo es in der Krankengeschichte verwahrt wird, während lediglich eine Bestätigung des Arztes, daß er unter Berufung auf das motivierte Aufnahmegutachten aus diesem oder jenem Grunde (Selbst- oder Gemeingefährlichkeit, Verwahrlosung usw.) die Aufnahme in die Anstalt für nötig erklärt, zu den Personalakten des Kranken genommen wird.

Während wir nun wegen der Mitteilung der Personalakten unserer



Pfleglinge an Behörden keine schweren Bedenken hegen und im allgemeinen Entgegenkommen zeigen können, besteht bei uns bezüglich der ärztlicherseits geführten Krankengeschichte um so weniger Zweifel darüber, daß sie nicht herausgegeben werden darf.

Die Krankengeschichte ist kein Aktenbestandteil; sie wird vielmehr von allen anderen Akten getrennt gehalten, die Registratur wird von den Ärzten besorgt; ihre Führung und Verwahrung ist also eine interne, rein ärztliche Angelegenheit. Die Krankengeschichte wird von den Abteilungsärzten geschrieben und ist schon nach Form und Inhalt nur für Ärzte verfaßt; sie enthält die dem Arzte zugegangenen konfidentiellen Mitteilungen der Angehörigen und des Kranken selbst, des Vertrauensarztes usw. über Entstehung und früheren Verlauf der Erkrankung, die Schilderung des Verhaltens innerhalb der Anstalt, die vom Arzt gemachten sonstigen Beobachtungen und subjektiven Schlüsse. Sie enthält ferner das Ergebnis der mündlichen Aussprachen, eigene schriftliche Schilderungen des Seelenzustandes des Kranken, Briefe, Bekenntnisse usw. Dieselben werden dem Arzte nur mit Rücksicht auf seinen ärztlichen Beruf anvertraut oder sonst zugänglich.

Der Kranke hat ferner, besonders nach seiner Genesung, ein erhebliches Interesse daran, daß seine Krankheit, seine in der Krankheitsgeschichte niedergelegten Krankheitsäußerungen nicht weiter bekannt werden.

Ferner enthält die Krankheitsgeschichte Mitteilungen über die erbliche Belastung und sonstige Erkrankungen der Angehörigen, Eröffnungen über intime Familienverhältnisse usw. Die Angehörigen erwarten dabei von dem Arzt selbstverständlich die berufliche Verschwiegenheit.

Die Krankengeschichte kann also nicht nur die in § 300 StGB. genannten Privatgeheimnisse enthalten, sondern sie ist als Ganzes als ein solches Privatgeheimnis zu betrachten.

Die Anwendung des § 300 StGB. auf diesen Teil unserer Schriftstücke ergibt sich aus der Natur unserer staatlichen Institution als eines Krankenhauses, das nicht nur den Zweck hat, Kranke zu untersuchen, sondern auch zu behandeln. Der Umstand, daß die Heilanstalt staatlich ist und einer Behörde gleichsteht, ändert hieran gar nichts. Dieser staatliche Charakter hängt lediglich mit der Art



der hier in Frage kommenden Kranken und der dadurch bedingten staatlichen Fürsorge zusammen. Dadurch, daß die Heilanstalten die Behandlung von Kranken übernehmen, gehen auch alle aus der Behandlung der Kranken sich ergebenden ärztlichen Konsequenzen auf sie über und damit auch die Schweigepflicht der einzelnen Ärzte gegenüber ihren Kranken. Der Charakter als Arzt kommt hier allein in Betracht und kann durch die gleichzeitige Eigenschaft des Beamten nicht alteriert werden.

Befugt wird der Arzt zu einer Mitteilung, von besonderen Fällen abzusehen, erst durch die Genehmigung der anvertrauenden Person. Da der größte Teil unserer Kranken nicht in der Lage ist, sich darüber zu äußern oder unbefugte Mitteilungen zu verfolgen, so sind wir unsererseits aus ethischen Gründen zur peinlichsten Vorsicht bei Mitteilung der uns durch den ärztlichen Beruf bekannt gewordenen Vorgänge gezwungen; wir müssen uns schon allein vor dem Vorwurfe einer unbefugten Mitteilung hüten.

Die Anstaltsdirektion ist nicht in der Lage, alle aus der Mitteilung der Krankengeschichte hervorgehenden Konsequenzen zu übersehen; sie vermeidet irgendwelche Unannehmlichkeiten am sichersten dadurch, daß sie auf Grund der hier dargelegten Auffassung der Krankengeschichte deren Herausgabe prinzipiell ablehnt.

Die Krankengeschichten können darnach nicht an Nichtärzte, auch wenn es sich um Behörden handelt, mitgeteilt werden.

Unbenommen ist es dagegen den Behörden, bei uns Äußerungen und Gutachten zu erheben, uns als Zeugen und Sachverständige zu vernehmen; und wir sind verpflichtet, unsere durch Krankenuntersuchung und Krankengeschichte erworbenen Kenntnisse zur Verfügung der Rechtspflege und der Verwaltungsbehörden zu stellen, soweit die gesetzlichen Bestimmungen über das Berufsgeheimnis es irgend zulassen, und sofern im Einzelfalle vor Gericht nicht vom Recht der Zeugnisverweigerung Gebrauch gemacht werden will. Es ist aber ein großer Unterschied, ob ich auf Grund meiner allgemeinen ärztlichen Erfahrung und speziellen Fachausbildung, auf Grund meiner Kenntnis des speziellen Falles nach Maßgabe des Zeugen- oder Sachverständigeneides über den Kranken nach bestem Wissen und Gewissen aussage und dadurch die Zwecke der Rechts- oder Verwaltungspflege pflichtgemäß unterstütze, oder ob ich das gesamte Krankengeschichten-

material mit allen mir anvertrauten Details einem Nichtfachmanne oder Laien, seien es auch Behörden, zur beliebigen Verwendung bei Verfolgung ihrer ganz anders gearteten, nicht ärztlichen Zwecke, restlos überlasse und jede Kontrolle darüber aufgebe.

Die ärztlichen Krankengeschichten haben ja in der Hand der Laienbehörde auch gar keinen Zweck; sie könnte höchstens dadurch irregeführt werden; nur ein Arzt, ja gewöhnlich nur ein Facharzt, kann daraus richtige Schlüsse sich bilden; gerade bezüglich der Schriftstücke von Geisteskranken und überhaupt ihrer gesamten Äußerungen während der Krankheitszeit wie auch bezüglich des ganzen Inhalts der Krankengeschichte wird dies nicht bestritten werden können. Statt einer Orientierung über den Fall wird der Staatsanwalt, und wäre es der erfahrenste, also mitunter geradezu auf Abwege geführt werden; er wird zum Beispiel unter Umständen Selbstbeschuldigungen oder paranoische Äußerungen von im übrigen besonnenen Kranken als wahr annehmen und darauf seine Untersuchung und Strafverfolgung aufbauen. Um richtig zu sehen, Krankhaftes und Wahnhaftes von Gesundem zu unterscheiden, bedarf er also trotzdem immer des Facharztes, am besten desjenigen, der den Kranken am genauesten kennt.

Welch' tiefen Eingriff es bedeuten würde, wenn das Prinzip der ärztlichen Verschwiegenheit durch eine Preisgabe der ärztlichen Krankengeschichte auf Antrag von Behörden durchbrochen würde, kann sich ein jeder durch ein Überdenken der nächsten Konsequenzen klarmachen. Wer würde uns noch über die Entwicklung von Krankheitszuständen eingehenden und vertraulichen Aufschluß geben, wie er gerade bei der Erforschung und Behandlung unserer Kranken unumgänglich notwendig ist, wenn die Kranken selbst, ihre Angehörigen, ihre Hausärzte damit zu rechnen hätten, daß in gewissen Fällen diese intimen Berichte, daß ferner die schriftlichen Äußerungen der Kranken, ihre innersten Seelenbekenntnisse dem Arzt gegenüber, daß die ärztliche Niederschrift des Krankheitsverlaufs während des Anstaltsaufenthaltes Nichtärzten überantwortet werden können?

Wir müßten es vom Privatarzte hinnehmen, wenn er uns unter diesen Umständen ein Gutachten über den aufzunehmenden Kranken, insbesondere aber eine eingehende Schilderung der Krankheitsentwicklung verweigerte, ebenso aber auch von den Angehörigen,



nn sie mit ihren Mitteilungen zurückhalten. Das Vertrauen zu
s würde untergraben.

Zwischen dem Kranken selbst und dem Arzte könnte das nötige
ıverständnis und gegenseitige vertrauliche Verhältnis sich gar
cht mehr entwickeln und die psychische Einwirkung im besonderen
ıre erschwert oder unmöglich gemacht.

Für den Anstaltsarzt selbst aber ergeben sich tagtäglich, je ge-
ssenhafter er ist, die schwersten Gewissenskonflikte. Kann er es mit
iner Berufspflicht und mit dem Berufsgeheimnis vereinbaren, die
rankengeschichten wie bisher mit allen intimen Details zu führen,
enn er weiß, daß diese anvertrauten Privatgeheimnisse anderen
ıgängig sind? Müßten wir nicht befürchten, daß auf diese Art unsere
rankengeschichten des wichtigsten Materials vollständig verlustig
ehen? Wäre es unseren Ärzten zu verargen, wenn sie es vorzögen,
ertrauliche Details für sich, unter Umständen in eigenen Geheim-
ufzeichnungen, zu bewahren und die Anstaltskrankengeschichten
ıöglichst allgemein und nichtssagend zu halten? Wer wollte gegen
olche Ärzte, die doch nur in gewissenhafter Durchführung ihrer
Schweigepflicht handeln, auftreten?

Beinahe noch bedenklicher ist, daß bei allgemeiner Handhabung
des Verfahrens ein unheilvoller Unterschied konstruiert würde zwischen
ärztlichen Beamten und Privatärzten, in unserem Fache zwischen
den Ärzten der staatlichen Anstalten und der Privatirrenanstalten
oder frei lebenden Psychiatern; es gäbe zwei Ärztekategorien: neben
der einen mit gemäß dem Gesetz voll erhaltenem Berufsgeheimnis eine
andere mit auf Grund ihres Beamtencharakters, aber entgegen dem
Gesetz, nur bedingter, teilweise aufgehobener Berufsverschwiegenheit.
Vollends bei nicht direkt staatlichen Irrenanstalten, die halb privaten,
halb öffentlichen Charakter tragen, käme eine unmögliche Zwitter-
stellung der Ärzte gegenüber dem § 300 zutage.

Das alles ist undenkbar.

In unserm eigenen wie auch im Interesse unserer Kranken kann
man überhaupt nicht genug davor warnen, unser Beamtenverhältnis
zu sehr hervorzukehren auf Kosten des Vertrauensverhältnisses von
Arzt zu Patient. Es wäre sonst kein Wunder, wenn der staatliche
Anstaltsdienst noch mehr an Anziehungskraft verlöre und sogar eine
Flucht der Berufsgenossen daraus einsetzte.

Gerade aber weil der staatliche Charakter des Anstaltenwesens im übrigen so wertvoll für die Entwicklung der Irrenfürsorge ist und wir seinen Schutz nicht entbehren wollen, dürfen wir andererseits um so mehr auf die Gefährdung, die wir durch eine Beeinträchtigung des Berufsgeheimnisses zu gewärtigen hätten, hinweisen.

Wir dürfen vor allem auch nicht vergessen, welche Mühe es uns gekostet hat und noch immer kostet, das Mißtrauen und die Vorurteile des Publikums gegen Irrenärzte und Irrenanstalten allmählich zu beheben, für Aufklärung in weiten Kreisen gerade in dem Sinne zu sorgen, daß die Irrenanstalten nichts anderes als andere Krankenhäuser auch, unser Wirken ein durchaus humanes wie jedes ärztliche sei.

Daß wir hierin nichts aufs Spiel setzen, vielmehr das gewonnene Terrain uns erhalten wollen und deshalb zur Vorsicht mahnen, wird man uns nicht verübeln können. Wir handeln ja damit wie in der ganzen Sache nicht nur in unserm eigenen, sondern im Grunde genommen gerade auch im staatlichen Interesse.

Wichtige Prinzipien unseres ärztlichen Standes und wichtige Interessen der Allgemeinheit, der leidenden Menschheit stehen dabei zusammen auf dem Spiele: Die Freiheit der wissenschaftlichen Forschung und des ärztlichen Handelns und damit unlöslich verbunden das ganze seit alters eingewurzelte, auf Grund der ärztlichen Verschwiegenheit aufgebaute Vertrauensverhältnis zwischen Publikum und Arzt, ein hohes sittliches Gut, das unser Wirken und Forschen überhaupt erst ermöglicht.

Was nun in unserem Falle den Appell der Staatsanwaltschaft an uns als Behörde und Beamte betrifft, so ist dem auch ohne Berufung auf den § 96 StPO. ja eine Berechtigung sicher zuzusprechen. Als Ärzte staatlicher Anstalten, als Staatsbeamte nehmen wir Behörden gegenüber in gewissem Sinne eine etwas andere Stellung ein als Privatärzte, wenn wir auch nicht vergessen dürfen, daß jeder Arzt durch seine Berufstätigkeit als öffentlicher Gesundheitsbeamter in der Prophylaxe und Hygiene der Krankheiten öffentliche Interessen vertritt und zu wahren hat und darum auch, wo es sich um solche handelt, den Staatsbehörden, soweit es ihm die übrigen ärztlichen Pflichten erlauben, seine Mitwirkung zu leihen berufen ist. Wieviel mehr also die staatlich angestellten Ärzte und Anstaltsdirektionen



nach ihrer Beamtenpflicht, der sie sich unterstellt haben. Staatsbehörden sollen sich also nach Möglichkeit in ihren wechselseitigen Bestrebungen unterstützen und ihre Akten austauschen. Wir haben uns dem auch keineswegs entzogen; wir waren, wie schon gesagt, sowohl zur Aussage wie auch zur Abgabe der Krankengeschichte an die Mittelsperson des Gerichtsarztes bereit und haben auch die Personalakten des Kranken mit Aufnahmegutachten, also unsere, dem offiziellen Aktenmaterial anderer Behörden entsprechenden Akten, sofort abgeschickt. Mehr zu tun, hielten wir uns aber als Ärzte nach obigen Ausführungen nicht für befugt.

Man kann nun freilich sagen, daß die Staatsanwaltschaft als staatliche Behörde gleich wie die Anstaltsdirektionen der amtlichen Verschwiegenheit, dem Amtsgeheimnis unterworfen sei, und daß sie dieser Pflicht gemäß auch bei der Verwendung unserer Krankengeschichten verfahren werde; es bestehe also schon aus diesem Grunde keine Gefahr der Preisgabe oder wenigstens der mißbräuchlichen Benützung des Inhalts.

Auch dieser Einwurf kann nicht gänzlich von der Hand gewiesen werden. Die Staatsanwaltschaft wird sich auch sicher in ihrem Handeln von diesem Gesichtspunkte wenigstens bis zu einem gewissen Grade leiten lassen, d. h. soweit, als ihre beruflichen Zwecke nicht dadurch gestört werden. Sie wird natürlich nicht unnötigerweise den Inhalt der ihr übergebenen Krankengeschichte heranziehen; sehr oft wird ihr aber in Ausübung ihres Berufs die amtliche Verschwiegenheit keinen Einhalt gebieten dürfen, wo für uns Ärzte die Berufsverschwiegenheit schon längst begonnen hat. Der Staatsanwalt verlangt ja auch unsere Krankengeschichte gerade zwecks ungehinderter Benützung des Materials bei der Führung seiner Untersuchung. Vor allem steht er aber außerhalb des § 300 RStGB. und braucht sich nicht danach zu richten. Er, der auf dem Prinzip der vollen Unabhängigkeit des Handelns bei Verfolgung seiner Zwecke fußt und fußen muß, steht hierin zweifelsohne in einem gewissen Gegensatze zu uns Ärzten, die wir unser Berufsgeheimnis zu wahren haben. Von uns wird ein Aufgeben unserer Rechte und Pflichten verlangt, damit der Richter desto ungehemmter seinen Aufgaben und Pflichten nachkommen kann. Es sind eben tatsächlich zwei diametral verschiedene Dinge.

Aber soviel ist trotzdem sicher, unsere Beamteneigenschaft mit



ihren Pflichten kann uns von unserer Berufspflicht in keiner Weise entbinden.

Man wird sogar sagen können: Die Beamtenpflicht darf uns eigentlich nie in Kollision mit unserer Berufspflicht bringen; die Berufspflicht muß vor allem zur Geltung gebracht, der anderen übergeordnet werden. Dadurch muß sich in jedem einzelnen Falle der Konflikt beider Pflichten lösen lassen. Und es wird sich dann wohl stets bei genauerem Zusehen erweisen, daß ganz allgemein derjenige Arzt der beste Beamte ist und sein Amt am richtigsten auffaßt, der zugleich der tüchtigste in seinem Fache ist und den ärztlichen Beruf am gewissenhaftesten nach allen Seiten hin wahrnimmt. Das gleiche gilt für alle Beamtenkategorien, wie für den Arzt so auch für den Geistlichen, den Techniker usw. Und nicht zum mindesten gilt es für den Richter und Staatsanwalt; sie gerade müssen ja frei von persönlichen Rücksichten und staatlichen Schranken die Untersuchung führen und nach rein sachlichen Gesichtspunkten das Recht suchen, ihre Entscheidungen treffen; sie werden dabei am wenigsten auf ihre Beamteneigenschaft gegenüber der Berufspflicht exemplifizieren wollen. Diese unbeschränkte Freiheit entbindet die Vertreter der Justiz aber keineswegs davon, daß sie auch strenge Wahrer des Rechtes und der Pflichten anderer Berufsarten zu sein haben; wie wäre es für sie sonst möglich das Recht zu statuieren und der Gerechtigkeit zu dienen. Da, wo sich, wie in unserem Falle, Konflikte mit dem Rechte anderer zu ergeben scheinen, wird doch bei gerechter Abwägung aller Umstände eine für beide Teile befriedigende Lösung nicht allzu schwer zu finden sein; bei unserer Bereitwilligkeit zur Aussage war sie ohnehin von vornherein gegeben.

Soweit wären nun wohl unsere ärztlichen Anschauungen über das Thema nach allen Seiten hin zum Ausdruck gebracht und klargestellt worden.

Wir haben aber nochmals auch aut die juristische und verwaltungsrechtliche Seite im Zusammenhange zurückzukommen, um zu sehen, ob und inwieweit schon durch die Gesetzeslage und andere Bestimmungen unsere ärztlichen Interessen etwa gewahrt werden.

Zunächst unsere Beamtenstellung und deren Pflichten, insbesondere die des Amtsgeheimnisses nach dem bestehenden Gesetze.



Der § 9 des badischen Beamtengesetzes besagt hierüber, daß der Beamte über die vermöge seines Amtes ihm bekannt gewordenen Angelegenheiten, deren Geheimhaltung ihrer Natur nach erforderlich oder von den Vorgesetzten vorgeschrieben ist, Verschwiegenheit zu beobachten hat, auch nachdem das Dienstverhältnis aufgelöst ist. Es ist wohl keine Frage, daß darunter unter allen Umständen auch der Inhalt der Krankengeschichte und der Schriftstücke unserer Pfleglinge zu rechnen ist; insofern erhält also unsere ärztliche Berufsverschwiegenheit eine Stütze durch die Pflicht des Amtsgeheimnisses.

Eine Bestimmung darüber, daß das Amtsgeheimnis der einen Behörde (hier der die Akten fordernden) gewissermaßen das Amtsgeheimnis der anderen, der die Akten ausliefernden, vor Verletzung deckt, besteht unseres Wissens nicht und könnte auch nicht gutgeheißen werden, da es sich im Staate um viel zu verschiedenartige Behörden mit ganz verschiedenen Zwecken handelt, so daß ein derartiger Ersatz der einen Verschwiegenheit durch die andere gerade wegen der Berufsverschiedenheit gar nicht möglich wäre, ohne die praktische Tätigkeit der Behörden direkt zu unterbinden; wir sehen das ja besonders prägnant in unserem Falle in die Erscheinung treten. Die Amtsverschwiegenheit selbst bedeutet eben je nach dem Berufe etwas ganz anderes; sie wird wesentlich gerade durch die Berufsart und deren besondere Pflichten modifiziert und bedingt.

Über die Zeugen- und Sachverständigentätigkeit der Beamten enthält das badische Beamtengesetz folgende Ausführungsbestimmungen:

Soll ein Beamter als Zeuge vernommen werden, so hat die die Vernehmung fordernde Behörde die Genehmigung der dem Beamten vorgesetzten Dienstbehörde einzuholen. Wird vom Beamten Auskunft über geheimzuhaltende Umstände begehrt, so hat er die Genehmigung der vorgesetzten Behörde einzuholen, die im Zweifelsfalle die übergeordnete Behörde befrägt. Vor Erteilung der Genehmigung hat der Beamte die Auskunft zu verweigern. Die Versagung der Genehmigung kann nur von der Zentralbehörde verfügt werden. In Zivil- und Strafprozeßsachen darf die Versagung der Einvernahme aber nur auf Grund der §§ 376 ZPO. und 53 StPO. erfolgen, d. h. wenn die Ablegung des Zeugnisses dem Wohle des Reichs oder eines Bundesstaats Nachteil bereiten würde.

Ganz ähnlich verhält es sich mit der Ladung eines Beamten als Sachverständigen und bei der Abgabe von Gutachten vor Gericht. Nach § 76 StPO. und § 408, Absatz 2 ZPO., findet die Vernehmung eines öffentlichen Beamten als Sachverständigen jedoch nicht statt, wenn die vorgesetzte Behörde erklärt, daß die Vernehmung den dienstlichen Interessen Nachteil bereiten würde; also eine von der Bestimmung für Zeugen stark abweichende und weitergehende Fassung. Zu dieser Erklärung sind wiederum nur die Zentralbehörden befugt. Im Zweifelsfalle hat sich der Beamte über die Sachlage bei der vorgesetzten Behörde Gewißheit zu verschaffen. Ist der Beamte aber, wie wir als Ärzte, kraft seines Amts und Berufs zur Abgabe von Gutachten der geforderten Art allgemein verpflichtet oder befugt, so ist die Einhaltung dieses Verfahrens nicht erforderlich. Wir können also auch als Beamte von uns aus die Sachverständigentätigkeit im Einzelfalle ohne Genehmigung der Behörde annehmen; ob wir sie auch von uns aus ablehnen dürfen, ist noch die Frage; wahrscheinlich in unserer Eigenschaft als Beamte nicht, sondern nur, wenn die Behörde die Weigerung nach Prüfung der Verhältnisse genehmigt. Dazu ordnet aber der § 75 StPO. an, daß der öffentlich zur Gutachtertätigkeit bestellte Sachverständige, wie wir Anstaltsärzte es sind, dem Ansuchen Folge zu leisten habe. Die Behörde braucht sich also in solchen Fällen gar nicht mit der Ablehnung zu befassen und wird es auch nicht wollen.

Darnach würde also die staatliche Behörde uns als Beamte in unserer Zeugeneigenschaft nur in den seltenen Fällen der Gefährdung des Reichswohls dispensieren können, während es immerhin zweifelhaft ist, ob sie uns in unserer Gutachtertätigkeit für unsere gemäß § 300 StGB. bestehenden ärztlichen Bedenken die dienstlichen Interessen nach dem Beamtengesetze zubilligen würde, noch zweifelhafter, ob sie damit gegenüber dem § 75 StPO. durchdringen könnte.

Wir können uns hier also nicht auf unsere Beamtenpflicht, sondern lediglich auf unsere Eigenschaft als Ärzte und auf den ersten Abschnitt des § 76 StPO. stützen, der Ärzte zur Verweigerung des Gutachtens berechtigt.

Dieselbe Betrachtungsweise wie wegen der Zeugenaussagen der Beamten wird seitens der Behörden wohl auch bezüglich der Mitteilung



n Krankengeschichten und ihrer Beilagen als Beweismaterials im ıtersuchungsverfahren Platz greifen. Jedenfalls erscheint uns ein hutz vor Beschlagnahme durch die Behörde als unsicher.

Speziell über die Mitteilung der Akten von Behörde ı Behörde, welche Frage uns hier besonders interessiert, finde h in unserm badischen Beamtengesetz keinerlei Anhaltpunkte. agegen bestehen wohl in jedem Staate über das hierbei zu befolgende erfahren besondere Vorschriften, auf die auch im § 169 des Gerichts-erfassungsgesetzes verwiesen ist. Bei uns in Baden besagen diese ıs dem Jahre 1836 stammenden Vorschriften im wesentlichen, daß ber Gesuche um Mitteilung von bei öffentlichen Behörden auf-ewahrten Akten oder Urkunden diejenige Behörde entscheidet, der ie Akten zugehören. Die vorgesetzte Behörde aber wahrt sich die rledigung, wenn die Akten Eigentums- oder andere Rechte des taats zum Gegenstand haben. Jedesmal ist der Grund des Ver-angens und das rechtliche Interesse daran anzugeben. Die Behörde oll die Mitteilung der Akten einer Staatsanstalt nur dann ge-tatten, wenn keine Gefährdung der Rechte der Anstalt oder des iskus zu besorgen ist, oder wenn der Gesuchsteller ein Recht auf die Aktenvorlage nachweist. Außerdem wird die Akteneinsicht auch rechtlich Interessierten nur dann bewilligt, wenn daraus ein Nachteil in staatspolizeilichem und überhaupt im öffentlichen Interesse nicht zu erwarten ist.

Requisitionen der Akten von seiten des Gerichts auf Grund eines rechtskräftigen Erkenntnisses geschehen aber lediglich nach der Anordnung des Richters. Dem Gerichte gegenüber scheinen somit die Vorschriften hinsichtlich der Wahrung des staatlichen Interesses, einschließlich des ärztlichen Berufsgeheimnisses, zu versagen, während sie andern Personen und Behörden gegenüber wohl ausreichen. Immerhin sind die angeführten Stellen bemerkenswert, insofern sie für uns einige Verhütungsmaßregeln, insbesondere den vor der Herausgabe notwendigen Gerichtsbeschluß, enthalten.

Aus den hier behandelten Bestimmungen des Beamtengesetzes und der Verordnung über Aktenmitteilung geht für uns nach ihrem ganzen Tenor offensichtlich hervor, daß sie nicht mit Rücksicht auf das ärztliche Wirken und auch nicht auf unsere Doppelstellung als Beamte und Ärzte getroffen worden sind, daß ferner der Gesetzgeber



dabei insbesondere auch nicht an die ärztlichen Krankengeschichten gedacht hat, sondern sie offenbar als etwas ganz außerhalb des Bereichs seiner Materie Liegendes ignoriert hat.

Darum können uns auch alle diese Vorschriften keinen sicheren Rückhalt bieten. Soweit sie mit unserem allgemeinen ärztlichen Berufsstandpunkt übereinstimmen, d. h. soweit die Pflicht des Amtsgeheimnisses des Beamten die unserer ärztlichen Berufsverschwiegenheit stützt, können wir sie unbedenklich heranziehen, dürfen aber nicht vergessen, daß der § 300 StGB. darüber hinausgeht. An diesen ganz eindeutigen Wortlaut des Strafgesetzes haben wir uns als Ärzte vor allem zu halten und müssen da, wo die Amtsverschwiegenheit, wie in unserm Falle der Staatsanwaltschaft gegenüber, versagt, die Berufsverschwiegenheit als oberstes Gesetz in seine Rechte einsetzen.

Nun kommt aber der Staatsanwalt mit dem § 96 StPO., der für Untersuchungssachen klipp und klar besagt: „Die Vorlegung oder Auslieferung von Akten oder andern in amtlicher Verwahrung befindlichen Schriftstücken durch Behörden und öffentliche Beamte darf nicht gefordert werden, wenn deren oberste Dienstbehörde erklärt, daß das Bekanntwerden des Inhalts dieser Akten oder Schriftstücke dem Wohle des Reiches oder eines Bundesstaates Nachteil bereiten würde.“ Im Zusammenhang mit den §§ 94 und 95 StPO., wonach man zur Auslieferung von Gegenständen, die als Beweismittel für die Untersuchung von Bedeutung sein können, verpflichtet ist, zieht natürlich der Staatsanwalt aus § 96 die positive Folgerung, daß die Anstaltsdirektion, da sie zumal bei staatlichen Betrieben unzweifelhaft eine Behörde ist, zur Auslieferung der Krankengeschichte unbedingt verpflichtet sei; denn von den Krankengeschichten wird nicht anerkannt werden, daß das Bekanntwerden des Inhalts dem Wohle des Reichs oder eines Bundesstaates nachteilig sein werde.

Wenn wir uns, um dazu Stellung zu nehmen, zunächst einmal in der Literatur umsehen, so werden wir, so vielfach und gründlich auch das ärztliche Berufsgeheimnis im ganzen von ärztlicher wie von juristischer Seite behandelt worden ist, über unser heutiges spezielles Thema nur äußerst dürftige Angaben finden. Alle Autoren sehen es zwar als selbstverständlich an, daß, wie andere Schriftstücke der Kranken und über die Kranken, so auch die Krankengeschichte selbst vom Arzte streng zu verwahren sei und niemals preisgegeben werden könne. Aber ein Eingehen



ıf den hier von uns aufgegriffenen Konflikt: Pflicht der Berufsver-hwiegenheit gemäß § 300 StGB. gegenüber der Beamtenpflicht nach 96 der StPO., ist, soweit ich mich orientieren konnte, noch nirgends folgt.

Nur *Gaupp*, der unser Thema im Juni dieses Jahres in einem sehr ngehenden Vortrag behandelt hat, stellt sich auf unsern Standpunkt, uch wenn es sich um Ersuchen von Behörden handle, und bekräftigt ın mir auch bezüglich unseres Spezialfalls auf meine Anfrage hin; über eine Stellungnahme zum § 96 StPO. spricht er sich allerdings nicht aus. 'on juristischer Seite liegt speziell über die Herausgabe von Schrift-tücken und Krankengeschichten von Behörden an Behörden überhaupt ceine literarische Äußerung vor; auch wird nirgends auf die Beamten-tellung der staatlichen Anstaltsärzte und etwa daraus sich ergebende Verpflichtungen Bezug genommen. Selbst Staatsanwalt Dr. *Böhme*, der im Jahr 1899 vor der forensisch-psychiatrischen Vereinigung zu Dresden ein sehr ausführliches Referat über „die Strafbarkeit der Verletzung des ärztlichen Berufsgeheimnisses", doch wohl auch vor staatlichen Anstaltsärzten, hielt, weiß über die Beeinflussung unseres Handelns durch die Beamteneigenschaft nichts zu sagen; er betont das Recht der Zeugnisverweigerung und der Ablehnung der Herausgabe von schriftlichen Mitteilungen wie auch die Unzulässigkeit der Beschlagnahme solcher Schriftstücke. Diesen für unsere Auffassung günstigen Äußerungen steht aber gegenüber einmal die Tatsache der Einforderung durch die Staatsanwaltschaft in unserm Falle unter Zustimmung unserer vorgesetzten Behörde. Außerdem habe ich mich bei zwei hervorragenden Juristen um ihre Ansicht über die Sachlage befragt; und sie nehmen beide die Möglichkeit der Herausgabe und Beschlagnahme gemäß §§ 96 und 159 der StPO., allerdings unter gewissen Voraussetzungen und Vorbehalten, an. Sie sind insbesondere der Ansicht, daß der Staat, die Regierung, die vorgesetzte Behörde über die Mitteilung von Krankengeschichten im Verwaltungswege Verordnungen erlassen könne, die die Krankengeschichte als Aktenbestandteil und damit ihre Mitteilung von Behörde zu Behörde für statthaft erklären. In solchen Fällen handle also der Arzt dann niemals unbefugt oder strafbar, da schon der subjektive Tatbestand fehle. Auch stehen die staatlichen Ärzte Anfragen von Behörden gegenüber nicht wie einfache Privatärzte da; ihre Schweigepflicht sei keine unbedingte, sondern könne durch entgegenstehende höhere staatliche Interessen beseitigt werden. Wie diese höheren Interessen geartet sein müssen, um beachtet zu werden, und wer es entscheidet, darüber haben wir allerdings keinen Aufschluß erhalten.

Völlig geklärt wird auch dadurch der Konflikt unserer zwiefachen Stellung als Ärzte einerseits und als Beamte andererseits keineswegs.

Ganz zweifelsfrei zu unsern Gunsten steht aber jedenfalls die




Angelegenheit damit noch nicht. Wir tun darum, glaube ich, recht daran, wenn wir uns gründlich mit unserm Falle beschäftigen.

Damit erledigt sich auch zugleich der Vorwurf, den man mir etwa machen könnte, daß ich nämlich der Angelegenheit zu großen Wert beilege, weil es sich doch nur um seltene Ausnahmefälle handeln könne; in solchen aber dürften wir der strafenden Justiz nicht in die Arme fallen; oder: die Wirkung der staatsanwaltlichen Forderung für die Allgemeinheit werde von mir überschätzt.

Wir haben sicher allen Grund, diese Einwürfe möglichst weit von uns zu weisen; hier müssen wir vielmehr unser ärztliches Recht, das der Schweigepflicht, in den Vordergrund stellen, es kraftvoll verteidigen und das „principiis obsta" als Gegenruf erheben, damit kein Präzedenzfall geschaffen werde.

Denn die Gefahr ist groß, daß, wenn die mit unserm Falle inaugurierte Übung einreißen würde, es nicht etwa bei einzelnen, wenigen Beispielen bleiben, sondern daß nach und nach eine Häufung eintreten wird, indem überall da, wo die strafrechtliche Untersuchung auf einen Anstaltspflegling stößt, dessen Krankengeschichte als Beweisstück in irgend einer Beziehung zum Falle von uns als Behörde einverlangt werden wird.

Ohne eine grundsätzliche Stellungnahme von unserer Seite wären wir verloren, und es ist durchaus nicht ausgeschlossen, daß dann, wenn wir hier einen Durchbruch zulassen, auch andere staatliche oder kommunale Behörden (Landesversicherungsamt, Berufsgenossenschaften, Steuerbehörden usw.) kommen werden und ebenfalls unter Betonung ihrer gewichtigen staatlichen Zwecke die Herausgabe der Krankengeschichte von uns verlangen.

Was läßt sich nun vom ärztlichen Standpunkte aus zu der Anwendung des § 96 uns als Behörden gegenüber sagen?

Erstens ist nach unserer ärztlichen Überzeugung allerdings die Preisgabe der ärztlichen Krankengeschichte und damit des ärztlichen Berufsgeheimnisses überhaupt ein ganz entschiedener Schaden nicht nur für den einzelnen, sondern für die Allgemeinheit. Und es kann sehr wohl und mit guten, einfachen und greifbaren Gründen belegt werden, daß dadurch dem Staate als der Organisation der Allgemeinheit unübersehbare Nachteile zugefügt würden. Die Gesamtheit der Ärzte und ihrer Klienten stellen mit der Summe ihrer Interessen und gegen-

itigen Beziehungen, das ärztliche Wirken für sich mit seinen Er- lgen für die Volksgesundheit und die öffentliche Wohlfahrt stellt lerdings eine so große Macht dar, daß der Staat alle Ursache hat, ıs unersetzliche und unentbehrliche Vertrauensverhältnis zwischen rzt und Patienten gegen jede Anfechtung, von welcher Seite sie omme, zu bewahren; es möge sich doch einmal jeder für seine Person e Konsequenzen klarmachen.

Man wird aber auch sehr wohl darauf aufbauen können, daß er Staat dafür einstehen müsse, jeden einzelnen Paragraphen seines trafgesetzbuchs zu schützen, da sonst seine ganze Rechtsordnung, as wichtigste Fundament aller Staaten, ins Wanken geriete; also uch hierin käme die nach § 96 StPO. verlangte Gefährdung des Staatswohls ins Spiel. Es scheint uns auf Grund dieser Auslegung vohl möglich, die Auslieferung der Krankengeschichte hintanzuhalten; ganz sicher will uns allerdings diese Aussicht nicht vorkommen.

Davon abgesehen aber müssen wir uns auf den hier schon wieder- holt betonten Standpunkt stellen, daß die ärztlicherseits geführte Krankengeschichte kein Aktenbestandteil sei und ihrer Natur nach nicht zu den im § 96 gemeinten Schriftstücken gehören könne; ebenso, daß die Anstaltsärzte und Direktionen, sobald ihr ärztliches Vertrauensverhältnis zu den in ihrer Obhut befindlichen Pfleglingen in Betracht kommt, nicht als Behörden und Beamte zu betrachten sind, sondern als Privatärzte wie andere auch, und daß uns gleich diesen der Schutz der gesetzlichen Bestimmungen über das Berufsgeheimnis zur Seite stehen müsse.

In unserm Amte als staatliche Anstaltsärzte und Direktoren sind wir zwar in allem, was den Betrieb und die Verwaltung der Anstalt betrifft, der Behörde verantwortlich und darin andern staatlichen Beamten und Behörden gleichzustellen; wir wollen uns keiner unserer Beamtenpflichten entziehen. Wir bleiben aber auch als Beamte vor allem Ärzte und glauben dem Staate gerade dadurch am besten zu dienen, daß wir unsere Berufspflichten aufs gewissenhafteste erfüllen. Unsere staatliche Stellung kann uns darum auch von keiner unserer ärztlichen Pflichten entbinden oder uns daran verkürzen. Sobald die Behandlung unserer Kranken in Frage steht, so sind naturgemäß allein die ärztlichen Interessen, wie in jedem andern öffentlichen oder privaten Krankenhause auch, maßgebend; darin können

wir keinen Unterschied und vor allem keine Zurückstellung gegenüber andern Ärzten anerkennen. Wir bleiben also an alle unsere Berufspflichten und insbesondere an die Berufsverschwiegenheit und damit an den § 300 StGB. gebunden.

Ich kann mir auch nicht denken, daß ein Paragraph des Strafgesetzbuchs, hier der § 300, durch eine scheinbar gegenteilig lautende Bestimmung seiner Vollzugsverordnung, d. h. der Strafprozeßordnung (§ 96), einfach soll annulliert werden können; der erstere geht doch sicher vor. Die Absicht des Gesetzgebers kann es keinesfalls gewesen sein, beamteten Ärzten das Berufsgeheimnis in Sachen der Rechtspflege zu versagen. Dadurch, daß wir Staatsbeamte geworden sind, können wir nicht des edelsten Anrechts des Arztes, der Pflicht zur Berufsverschwiegenheit, wenn auch nur für eine bestimmte Eventualität, in die aber jeder geraten kann, verlustig gehen.

Neben dem § 300 kommt also vor allem auch der § 95 StPO. in Betracht, wonach „gegen Personen, welche nach § 52 StPO. — wie wir Ärzte — zur Verweigerung des Zeugnisses berechtigt sind, die Zwangsmittel zur Herausgabe von Gegenständen und Schriftstücken keine Anwendung finden", und der § 97, wonach „schriftliche Mitteilungen zwischen den Beschuldigten und Personen, die zur Verweigerung des Zeugnisses berechtigt sind, der Beschlagnahme nicht unterliegen". Hieraus geht auch hervor, daß die Herausgabe der Krankengeschichte von uns mit Unrecht verlangt worden ist, und daß die Beschlagnahme derselben nach dem Gesetze nicht angängig wäre. Denn ich glaube wiederum nicht, daß diese beiden mit dem § 52 — Recht der Zeugnisverweigerung — eine eindeutige Sprache redenden Paragraphen wegen des § 96 außer Wirkung gesetzt werden können, solange es sich um die ärztliche Tätigkeit handelt, auch wenn diese Ärzte Beamte sind; dazu käme ferner noch der § 54 StPO., der von der Verweigerung der Zeugenaussage bei Gefahr strafgerichtlicher Verfolgung (für uns nach § 300 StGB.) handelt.

Wenn man den ganzen Charakter unserer Anstalten als Krankenanstalten und unseres Wirkens als eines ärztlichen in Betracht zieht, so wird auch ein Unbefangener einräumen müssen, daß diese uns Ärzte schützenden Paragraphen des Strafgesetzes und der Strafprozeßordnung vor dem § 96 den Vorrang einnehmen müssen. Daran

üssen wir uns halten und alles daran setzen, daß diese Grundsätze urchschlagend zur Geltung gebracht werden.

Sie seien in kurzer Zusammenfassung hier wiederholt:

Wegen der Herausgabe der ärztlichen Krankengeschichten an die ntersuchungsbehörde im Straf- oder Zivilprozeßverfahren ist die achlage für Privatärzte, nicht beamtete Ärzte, durch das Gesetz inreichend geordnet und die ärztlichen Interessen der Geheimhaltung ut gewahrt. Der Arzt soll und darf die Krankengeschichte nicht erausgeben; die Beschlagnahme ist unzulässig.

Für beamtete Ärzte, wozu die Ärzte der öffentlichen Irrenanstalten gehören, erhebt sich die Frage: Kann die Beamtenpflicht die Berufspflicht der ärztlichen Verschwiegenheit in bestimmten Fällen aufheben und so die Herausgabe der Krankengeschichte herbeigeführt werden? Unserer Überzeugung nach ist dies unmöglich.

Die ärztlicherseits geführten Krankengeschichten unserer Irrenanstalten, ob sie staatliche sind oder nicht, stellen eine durchaus interne ärztliche Angelegenheit dar. Nur das Ärztekollegium hat damit zu tun und hält sie in Verwahrung. Der Beamtencharakter spielt hier, wo das intime ärztliche Vertauensverhältnis allein in Frage steht, nicht herein.

Nach auswärts können die Krankengeschichten nur in besonderen Fällen an Berufsgenossen ausgeliehen werden; gegen dieses Verfahren wird auch bei strenger Auslegung des § 300 StGB. nichts eingewendet werden können, da jeder Arzt, der die ihm unter dem Berufsgeheimnis anvertraute Krankengeschichte mißbrauchen würde, ohne weiteres durch den § 300 zu belangen wäre.

Die Herausgabe an den Gerichtsarzt geschieht aus demselben Grunde und in der weiteren Annahme, daß er den Inhalt vor Gericht nur soweit benützt, als zur Sachverständigentätigkeit unbedingt nötig ist. Sollte eine genauere Prüfung, die von uns nicht versucht worden ist, aber uns allerdings als sehr angebracht erscheinen möchte, ergeben, daß der Gerichtsarzt durch seine Instruktionen dem Gerichte zu weitergehenden Mitteilungen oder gar zur Auslieferung der Krankengeschichte selbst und ihrer Anlagen verpflichtet ist, so müßte bezüglich dieses Verfahrens eine Remedur eintreten, die den § 300 auch in dieser Hinsicht sicherer stellt als bisher. Wäre eine solche Regelung nicht angängig, so müßte man zur Verweigerung der Krankengeschichte

gegenüber diesen in einem besonderen Verhältnis zur Gerichtsbehörde stehenden Ärzten und Sachverständigen übergehen. Dem Gerichte würde dann immer noch freistehen, sich wegen der für das Verfahren nötigen Informationen an die Anstalten selbst zu wenden.

Im übrigen müssen wir uns aber darüber völlig klar sein, daß die Herausgabe der Krankengeschichte erst dann von einer unbefugten und strafbaren zu einer befugten und straffreien wird, wenn wir hierzu die Zustimmung des verfügungsfähigen Kranken selbst, andernfalls seines gerichtlich bestellten Vormundes haben. Daran haben wir uns vor allem zu halten. Ich stehe sogar auf dem Standpunkte, daß, selbst wenn der Kranke oder sein Vertreter der Herausgabe seiner Krankengeschichte zugestimmt hätte, diese Maßnahme für den behandelnden Arzt gerade bei dem Charakter unserer Krankengeschichten, wo es auf die genaue psychologische und charakterologische Analysierung der gesunden und kranken Persönlichkeit ankommt, doch immer etwas Peinliches an sich hat; der Kranke weiß ja gar nicht, was darin alles über ihn enthalten ist, was er in der Krankheit alles geoffenbart hat. Man wird also auch in solchen Fällen streng mit sich zu Rate gehen und erst nach genauer Erwägung aller Verhältnisse sich entweder zur Herausgabe entschließen oder aber im Zweifelfalle lieber dem Klienten zum Verzichte darauf raten sollen, wenn wir damit unserm innern ärztlichen Gewissen mehr zu entsprechen glauben. Da nun aber die Mehrzahl der Kranken nicht entmündigt, aber trotzdem zu einer eigenen freien und vernunftgemäßen Entschließung unfähig ist, so handeln wir im allgemeinen damit richtig, wenn wir prinzipiell die Herausgabe an Nichtberufsgenossen ablehnen, unter Umständen, sofern wir nach Lage des Falls nicht das Recht der Zeugnisverweigerung in Anspruch nehmen wollen, unter gleichzeitigem Angebot unserer Zeugen- und Sachverständigenaussage dem Gerichte oder andern berechtigten Behörden gegenüber. Wir werden es, wenn die Gerichte auf ihrer Forderung zur Herausgabe bestehen, ruhig auf einen Gerichtsbeschluß oder aber auf die Beschlagnahme ankommen lassen und nur dem Zwange weichen, so daß auf diese Weise statt unserer die reklamierende richterliche Instanz ins Unrecht gesetzt wird.

Wenn es sich um die Herausgabe der ärztlichen Krankengeschichte und damit um einen Einbruch in unser ärztliches Berufsgeheimnis



handelt, so hören nach unserer Überzeugung alle andern Pflichten auf; hier sind wir nur Ärzte, nicht Beamte, und haben uns der Vertrauensstellung zum unserer Hut übergebenen Kranken mit Hintansetzung aller sonstigen Rücksichten durchaus bewußt und ihrer würdig zu bleiben.

Scheint sich im Einzelfalle ein Konflikt zwischen Beamtenstellung und Berufspflicht zu ergeben, so muß eine Lösung gesucht werden, die in erster Linie unsern Berufspflichten und damit insbesondere derjenigen der ärztlichen Verschwiegenheit keinerlei Zwang antut, sondern ihr gerecht wird.

Wir wahren damit nicht nur unser eigenes gutes Recht und unsern wertvollsten Besitz, sondern auch hohe Güter der Gesamtheit aller Staatsbürger. Darum dürfen wir auch mit gutem Gewissen die staatlichen Organe und die Rechtsprechung zum Schutze unseres Berufsgeheimnisses und zur Wahrung der damit verbundenen Interessen der Allgemeinheit anrufen.

Sollten sich diese Ansichten aber nicht durchsetzen lassen, sollten sie insbesondere von juristischer Seite nicht als begründet anerkannt werden können, so müßten wir eine reichsgerichtliche Entscheidung anstreben oder, wenn sich hier eine Lücke im Gesetze herausstellen sollte, durch unsere Standesvertretung auf eine Gesetzesänderung und Ergänzung hinarbeiten. Hierzu wäre jetzt noch, solange die Vorarbeiten für die Änderungen des Strafgesetzbuchs im Werk sind, die beste Gelegenheit.

Ich möchte daher zum Schlusse die direkte Anregung geben, daß wir von uns aus in der heutigen Versammlung uns in Form einer Resolution an den Vorstand des deutschen Vereins für Psychiatrie, von dem ja eine Justizkommission für solche Fragen gebildet worden ist, mit dem Ersuchen herangehen, sich mit der Materie eingehend zu befassen und geeignete Schritte zur Bewahrung des ärztlichen Berufsgeheimnisses in Unversehrtheit, handle es sich nun um die Auslegung der bestehenden Gesetze oder um deren Abänderung und Ergänzung durch neue Gesetzesvorlagen, zu unternehmen.

Gesetzesparagraphen, die für die Beurteilung der Materie hauptsächlich in Betracht kommen:

1. Strafgesetzbuch. — § 139. Wer von dem Vorhaben eines Hochverrats, Landesverrats, Münzverbrechens, Mordes, Raubes, Menschen-



raubes oder eines gemeingefährlichen Verbrechens zu einer Zeit, in welcher die Verhütung des Verbrechens möglich ist, glaubhafte Kenntnis erhält und es unterläßt, hiervon der Behörde oder der durch das Verbrechen bedrohten Person zur rechten Zeit Anzeige zu machen, ist, wenn das Verbrechen oder ein strafbarer Versuch desselben begangen worden ist, mit Gefängnis zu bestrafen.

§ 300. Rechtsanwälte, Advokaten, Notare, Verteidiger in Strafsachen, Ärzte, Wundärzte, Hebammen, Apotheker sowie die Gehilfen dieser Personen werden, wenn sie unbefugt Privatgeheimnisse offenbaren, die ihnen kraft ihres Amtes, Standes oder Gewerbes anvertraut sind, mit Geldstrafe bis zu eintausendfünfhundert Mark oder mit Gefängnis bis zu drei Monaten bestraft.

Die Verfolgung tritt nur auf Antrag ein.

2. Strafprozeßordnung. — § 52. Zur Verweigerung des Zeugnisses sind ferner berechtigt:

1. Geistliche in Ansehung desjenigen, was ihnen bei Ausübung der Seelsorge anvertraut ist;
2. Verteidiger des Beschuldigten in Ansehung desjenigen, was ihnen in dieser ihrer Eigenschaft anvertraut ist;
3. Rechtsanwälte und Ärzte in Ansehung desjenigen, was ihnen bei Ausübung ihres Berufs anvertraut ist.

Die unter Nr. 2, 3 bezeichneten Personen dürfen das Zeugnis nicht verweigern, wenn sie von der Verpflichtung zur Verschwiegenheit entbunden sind.

§ 53. Öffentliche Beamte, auch wenn sie nicht mehr im Dienste sind, dürfen über Umstände, auf welche sich ihre Pflicht zur Amtsverschwiegenheit bezieht, als Zeugen nur mit Genehmigung ihrer vorgesetzten Dienstbehörde oder der ihnen zuletzt vorgesetzt gewesenen Dienstbehörde vernommen werden. Für den Reichskanzler bedarf es der Genehmigung des Kaisers, für die Minister der Genehmigung des Landesherrn, für die Mitglieder der Senate der freien Hansestädte der Genehmigung des Senats.

Die Genehmigung darf nur versagt werden, wenn die Ablegung des Zeugnisses dem Wohle des Reichs oder eines Bundesstaates Nachteil bereiten würde.

§ 54. Jeder Zeuge kann die Auskunft auf solche Fragen verweigern, deren Beantwortung ihm selbst oder einem der im § 51 Nr. 1—3 bezeichneten Angehörigen die Gefahr strafgerichtlicher Verfolgung zuziehen würde.

§ 75. Der zum Sachverständigen Ernannte hat der Ernennung Folge zu leisten, wenn er zur Erstattung von Gutachten der erforderten Art öffentlich bestellt ist, oder wenn er die Wissenschaft, die Kunst oder das Gewerbe, deren Kenntnis Voraussetzung der Begutachtung ist, öffentlich zum Erwerbe ausübt, oder wenn er zur Ausübung derselben öffentlich bestellt oder ermächtigt ist.



Zur Erstattung des Gutachtens ist auch derjenige verpflichtet, welcher sich zu derselben vor Gericht bereit erklärt hat.

§ 76. Dieselben Gründe, welche einen Zeugen berechtigen, das Zeugnis zu verweigern, berechtigen einen Sachverständigen zur Verweigerung des Gutachtens. Auch aus anderen Gründen kann ein Sachverständiger von der Verpflichtung zur Erstattung des Gutachtens entbunden werden.

Die Vernehmung eines öffentlichen Beamten als Sachverständigen findet nicht statt, wenn die vorgesetzte Behörde des Beamten erklärt, daß die Vernehmung den dienstlichen Interessen Nachteil bereiten würde.

§ 94. Gegenstände, welche als Beweismittel für die Untersuchung von Bedeutung sein können oder der Einziehung unterliegen, sind in Verwahrung zu nehmen oder in anderer Weise sicherzustellen.

Befinden sich die Gegenstände in dem Gewahrsam einer Person und werden dieselben nicht freiwillig herausgegeben, so bedarf es der Beschlagnahme.

§ 95. Wer einen Gegenstand der vorbezeichneten Art in seinem Gewahrsam hat, ist verpflichtet, denselben auf Erfordern vorzulegen und auszuliefern.

Er kann im Falle der Weigerung durch die im § 69 bestimmten Zwangsmittel hierzu angehalten werden. Gegen Personen, welche zur Verweigerung des Zeugnisses berechtigt sind, finden diese Zwangsmittel keine Anwendung.

§ 96. Die Vorlegung oder Auslieferung von Akten oder anderen in amtlicher Verwahrung befindlichen Schriftstücken durch Behörden und öffentliche Beamte darf nicht gefordert werden, wenn deren oberste Dienstbehörde erklärt, daß das Bekanntwerden des Inhalts dieser Akten oder Schriftstücke dem Wohle des Reichs oder eines Bundesstaates Nachteil bereiten würde.

§ 97. Schriftliche Mitteilungen zwischen dem Beschuldigten und denjenigen Personen, die wegen ihres Verhältnisses zu ihm nach §§ 51, 52 zur Verweigerung des Zeugnisses berechtigt sind, unterliegen der Beschlagnahme nicht, falls sie sich in den Händen der letzteren Personen befinden und diese nicht einer Teilnahme, Begünstigung oder Hehlerei verdächtig sind.

§ 159. Zu dem im vorstehenden Paragraphen bezeichneten Zwecke kann die Staatsanwaltschaft von allen öffentlichen Behörden Auskunft verlangen und Ermittelungen jeder Art, mit Ausschluß eidlicher Vernehmungen, entweder selbst vornehmen oder durch die Behörden und Beamten des Polizei- und Sicherheitsdienstes vornehmen lassen. Die Behörden und Beamten des Polizei- und Sicherheitsdienstes sind verpflichtet, dem Ersuchen oder Auftrage der Staatsanwaltschaft zu genügen.

3. G e r i c h t s v e r f a s s u n g s g e s e t z. — § 169. Die in einem Bundesstaate bestehenden Vorschriften über die Mitteilung von Akten einer öffentlichen Behörde an ein Gericht dieses Bundesstaates kommen auch

dann zur Anwendung, wenn das ersuchende Gericht einem anderen Bundesstaate angehört.

4. Zivilprozeßordnung. — §§ 376, 407, 408, die den §§ 53, 75, 76 der StPO. entsprechen.

Literatur.

M. Alsberg, Das ärztliche Berufsgeheimnis. D. med. Wschr., 34. Jg., 1908, S. 1356.

Aschaffenburg, Berufsgeheimnis (§ 300 StGB.) und Psychiatrie. Ärztl. Sachv.-Ztg, 1901, Nr. 23.

Böhme, Strafbarkeit der Verletzung des ärztlichen Berufsgeheimnisses. Diese Zeitschrift Bd. 57, S. 743.

Ebermayer, Zum Zeugnisverweigerungsrecht der Ärzte und Rechtsanwälte. Jur. Wschr., 40. Jg., 1911, Nr. 4, S. 199.

Derselbe, Die Unruhen in Berlin-Moabit und das Zeugnisverweigerungsrecht der Ärzte. D. Jur.-Ztg., XV. Jg., 1910, Nr. 20, S. 1219.

Derselbe, Die Stellung des Arztes im Vorentwurf zu einem deutschen Strafgesetzbuch. D. med. Wschr., 1911, Nr. 24.

Derselbe, Rechtsfragen aus der ärztlichen Praxis. D. med. Wschr. 1911, Nr. 39; 1912, Nr. 13; 24—25, 47—49.

Exner (Heidelberg. Diss.), Über das Berufsgeheimnis des Arztes gemäß § 300 StGB. Ref. in D. med. Wschr., 37. Jg., 1911, Nr. 27, S. 1288.

Flügge, Das Recht des Arztes. 1903.

Fromme, Die rechtliche Stellung des Arztes und seine Pflicht zur Verschwiegenheit im Beruf. Berl. Klinik Nr. 165, März 1902.

Gaupp, Das ärztliche Berufsgeheimnis gegenüber den Behörden. Münch. med. Wschr. 1913, Nr. 34.

Heinemann, Das ärztliche Berufsgeheimnis. D. med. Wschr., 31. Jg., 1905, S. 1037.

Walter Jellinek, Der Umfang der Verschwiegenheitspflicht des Arztes und des Anwalts. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref., 3. Jg., S. 656.

W. Kahl, Der Arzt im Strafrecht. 1909.

Kohler, Die Geheimnispflicht des Arztes. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref., 6. Jg., S. 593.

R. Krauß, Das Berufsgeheimnis des Psychiaters. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref., 1. Jg., 1904/5, S. 151.

Landsberg, Zur ärztlichen Schweigepflicht. D. med. Wschr., 33. Jg., 1907, Nr. 4, S. 148.

Placzek, Das Berufsgeheimnis des Arztes. 1909.

F. Sauter, Das Berufsgeheimnis. 1911.

Vorkastner, Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie: § 52 StPO. Psych.-neurol. Wschr., 13. Jg., S. 26.

Wolff, Der strafrechtliche Schutz des Berufsgeheimnisses. D. med. Wschr., 36. Jg., 1910, S. 192.



Kasuistischer Beitrag zur Konstanz der Wahnideen und Sinnestäuschungen.

Von

Dr. **Albrecht**, Treptow a./R.

(Aus der Prov.-Heilanstalt Treptow a./R., Direktor: San.-Rat Dr. *Mercklin*).

Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen bei Geisteskranken sind nicht nur dem Laien, sondern auch dem Psychiater recht augenfällige Erscheinungen der Geistesstörungen und haben von jeher ein besonderes Interesse beansprucht. Abgesehen von den akuten Psychosen, wo beide erfahrunggemäß rasch wechseln können, war besonders die ältere Lehre von den „fixen Ideen" geeignet, die Anschauung eines lange anhaltenden und inhaltlich gleichbleibenden Verharrens der Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen zu stützen. Gegen diese Lehre wandte sich 1886 *Koch* [1]), indem er auch bei chronischem Verlauf die Variabilität beider Erscheinungen ähnlich wie im Traum hervorhob und gerade die Variabilität für den Grundcharakter jeder Wahnvorstellung und Sinnestäuschung erklärte. Dieser Wechsel ist nach ihm um so auffälliger, je verbreiteter beide Symptome sind; wenn auch das Grundthema des Wahns längere Zeit hindurch ganz oder ziemlich fix bleibt, so gibt es nach ihm doch keine Einzelwahnvorstellung, die völlig unverändert geblieben wäre, wenn der Kranke nur lange genug das Leben hatte. In weiterer Analogie zu den Verhältnissen im Traum bemerkt *Koch* ferner, daß Wahnvorstellungen bei Verrückten lange vor Eintritt einer psychischen Schwäche nicht den Einfluß auf Benehmen und Handeln der Kranken ausüben wie auf einen Gesunden, und daß z. B. zwei Vorstellungsreihen, Gott und Herr über alles zu sein, und daneben die

---

[1]) *Koch*, Die Variabilität der Wahnvorstellungen u. Sinnestäuschungen, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 42, S. 61.




bescheidene Wirklichkeit, Tagelöhner oder Bauer zu sein, ganz verträglich nebeneinander hergehen.

Zu ähnlichen Ergebnissen gelangt *Kölle*[1]). Vom Variieren des Wahns trennt er die Ausdehnung des Wahns auf immer weitere Gebiete und die sekundäre Wahnbildung aus Wahn, z. B. wenn zu einem Verfolgungswahn ein Größenwahn hinzutritt. Beim Variieren unterscheidet er die Steigerung in derselben Sphäre, z. B. vom Grafen zum Fürsten, den Wechsel des Wahns, also Fallenlassen einer Idee und Ersatz durch eine andere, und ein Variieren im engeren Sinne, z. B. wenn ein Kranker sich bald durch dieses, bald durch jenes Gift, bald durch Einblasen oder andere Mittel geschädigt glaubt. In praxi findet er jedoch die einzelnen Begriffe schwer zu trennen. *Kölle* bemerkt als besonders auffallend, daß solche Kranke sich brieflich sehr wohl über ihre Wahnvorstellungen, aber ungern über ihre Sinnestäuschungen aussprechen, und daß die Variabilität mit sinkender Intelligenz zunimmt.

Die heutigen Anschauungen über Wahnideen, wobei ich *Kräpelin*[2]) folge, sind in gedrängtester Kürze folgende: Wahnideen sind krankhaft verfälschte Vorstellungen, die der Berichtigung durch Beweisgründe unzugänglich sind. Sie sind ebenso wie die Sinnestäuschungen inneren Ursprungs, hängen mit dem eigenen Ich zusammen und erhalten ihren überragenden Einfluß auf das Seelenleben 1. durch die lebhafte Gefühlsbetonung; vielfach stellen sie Befürchtungen und Wünsche des betreffenden Menschen dar; 2. durch eine mehr oder minder tiefe Bewußtseintrübung und 3. durch psychische Schwäche. Alle diese Erscheinungen führen zu einem Versagen der Urteilsfähigkeit gegenüber den wahnhaften Vorgängen. Bei länger haftender Wahnbildung ist der Verlauf ein verschiedener; es kann kommen zu 1. einem Abblassen und Versinken des Wahns, namentlich bei Dementia praecox und progressiver Paralyse, 2. zur Ausbildung eines sog. Residualwahnes, 3. zur Verknöcherung der Wahnvorstellungen, und 4. kann der Wahn unsinniger und zusammenhangloser werden, durch Neuaufnahme eine Veränderung erfahren, wie es namentlich bei den paranoiden Formen der Dementia praecox beobachtet wird.

[1]) *Kölle*, Über die Variabilität der Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 49, S. 186, 1893.

[2]) *Kräpelin*, Psychiatrie, 8. Aufl., 1910.



Mit den Wahnvorstellungen sind oft Sinnestäuschungen ver-
lschaftet, die Störungen des Wahrnehmungsvorganges darstellen,
außer von Bau und Leistung der einzelnen Sinnesgebiete eben-
von dem Zustand des Bewußtseins abhängen. Die hauptsäch-
ten sind die Gehörstäuschungen, die namentlich in Form der
ren Stimmen, des Telegraphierens oft Ausdruck der geheimsten
ren Gedanken sind. Neben den Gehörstäuschungen finden sich
entlich bei der Dementia praecox auch öfters Täuschungen des
.eingefühls, des Geruchs, Geschmacks und des Hautsinnes, wobei
ig auch das Symptom des Doppeldenkens = Gedankenlautwerdens
ritt. Die Sinnestäuschungen sind meist nicht Ursache der Wahn-
tellungen, sondern beide beruhen auf einer Grundlage, dem kranken
irn.

Ziehen [1]) teilt in seinem Lehrbuch die Wahnideen ein in 1. primäre,
ogisch aus anderen Wahnideen erschlossene, 3. Wahnideen auf
nd von Halluzinationen entstanden, wobei es oft zweifelhaft ist,
das Primäre ist, 4. Wahnideen, die aus dem Traum in das wache
en übernommen sind, und 5. Wahnideen als Sekundärsymptom
r Affektstörung, z. B. Größenideen bei heiterer, Versündigungs-
l ähnliche Ideen bei depressiver Verstimmung.

Nach diesen kurzen einleitenden Bemerkungen möchte ich näher
nachstehenden, wegen seiner langen Beobachtung (50 Jahre),
nes Verlaufs und Ausganges bemerkenswerten Fall eingehen.

Der Maler Ferdinand T., geb. am 16. Januar 1824, von seiner Frau
schieden, Vater eines Sohnes, ist durch die Erkenntnisse vom 5. Dezem-
r 1851 und 16. Januar 1852 wegen Unzucht und versuchten Mordes
lebenslänglicher Zuchthausstrafe verurteilt und verbüßt solche seit
m 7. Februar 1852. Seit dem 9. Oktober 1856 befindet sich T. in der
rafanstalt zu Spandau.

Nach dem Zeugnis des Kreisphysikus Dr. *E.* vom 23. September
62 sind die ersten Spuren seines Seelenleidens im Jahre 1859 zutage
treten, wo er durch Widersetzlichkeit gegen einen Aufseher und zänki-
nes Verhalten gegen seine Mitgefangenen auffiel. Auf seinen Wunsch,
er angab, ihm sei Unrecht geschehen, vor den Direktor geführt, recht-
rtigte er sich damit, er werde auf der Station verfolgt, weil durch ihn
e Gefangenen ihre Brot- und Bierzulage verlieren sollten, und weil die
efangenen durch Arbeiten den Unterhalt für seinen Sohn aufbringen
llten; ferner behauptete er, er solle auf eine andere Abteilung verlegt

[1]) *Ziehen*, Psychiatrie, 1894.





werden, um durch einen Gefangenen, der bereits jemanden umgebracht habe, zur Ruhe gebracht zu werden. Solche Wahnideen vervielfältigte T. in der Folgezeit; er wollte bei Gericht vorgemeldet werden, um eine bedeutende Schuldforderung sicher zu stellen; er schloß aus Zetteln, die er in seinem Gesangbuch fand, daß ein Mitgefangener ihn bei seinen Verwandten verdächtige, sein Schwager und seine Schwester hätten seine vor kurzem verstorbene Mutter durch Phosphor vergiftet, das Gericht nehme seine Anzeige nicht an, man drohe ihm mit Rache, wenn er etwas sage, auch der Oberstabsarzt Dr. G. sei durch Phosphor, der auf das Brot gestrichen sei, vergiftet. T. hörte im weiteren Verlauf seine verstorbene Mutter öfter sprechen; eines Tages verweigerte er die Arbeit, weil er frei sei, er sei jetzt Direktor der Anstalt, sein Sohn werde die Tochter des bisherigen Direktors heiraten, es seien Unterschleife beim Gericht vorgekommen. Bei seinen Vorführungen machte T. verschiedene Fluchtversuche, er war zur ärztlichen Untersuchung nur mit Gewalt zu bringen, weil er sich von den Ärzten verfolgt glaubte. Vor dem Kreisphysikus gab er an, es werde bei ihm seit einigen Jahren „die Teermethode angewandt, sein Schamglied werde von den Ärzten krank gemacht, die Leute aus dem rauhen Hause wendeten bei ihm die Rückenzange durch den Ahn an, durch das Ahnschlagen sei er zuerst verbrannt und dann erfroren". Er behauptete, er sei überhaupt ein Märtyrer, es werde in seiner Zelle gezischelt, um ihn von der Arbeit abzuhalten, trotzdem er sich bemühe, sich gegenüber allen Verfolgungen zu beherrschen; durch den „Ahnäter" sei die Hälfte der Gefangenen in der Kirche eingeschlafen. — Trotz dieser Wahnvorstellungen und des „Anzischelns" hat T. nach dem ärztlichen Zeugnis von 1862 Jahre hindurch seine Arbeit geleistet, erst in letzter Zeit ist er aufgeregter geworden, sein ruhiger Schlaf ist geschwunden und er „tobt in die Nächte hinein"; in Gesellschaft seiner Mitgefangenen steigert sich seine Erregung. T. ist seit Jahren in einer Isolierzelle untergebracht und bedarf der Aufnahme in eine Irrenanstalt zwecks „Kurversuchs".

Nach Erledigung der mancherlei Förmlichkeiten, unter denen auch die früher in Pommern übliche Exspektantenliste für Aufnahmen in die Irrenanstalten eine verzögernde Rolle spielte, wurde T. am 6. Februar 1863 in die Irrenanstalt in Rügenwalde aufgenommen, in der er bis zu ihrer Auflösung im Jahre 1900 verblieb, und dann nach der neuen Anstalt Treptow übernommen. Es verlohnt sich, der Krankengeschichte näher zu folgen.

1863: Fühlt sich „angezischelt" von abwesenden und anwesenden Personen, spürt eine „übersinnliche" Beeinflussung durch Feinde aus weiter Ferne, bezeichnet diesen Einfluß als „Ahngas, Ahnäther oder Ahnathem", der den Ärzten bekannt sei und von Ärzten, Aufseher und Wärtern ausgehe. Durch das „Anzischeln" wisse er, daß er begnadigt und eigentlich frei, daß seine Mutter vergiftet sei. Klagt über Verfolgungs-



angst und Gliederschmerzen, die ihm durch das Ahngas zugefügt würden, verbittet sich diese Barbarei; namentlich verursachen ihm die geheimen Einwirkungen Schmerzen in den Samensträngen und geschlechtliche Erregung. Zeichnet, beschäftigt sich dabei, hält sich meist ruhig.

1864: 4 Monate hindurch sehr aufgeregt und ständig isoliert.

1865: Mit dem Essen unzufrieden, meint, es werde ihm „Drank" untergemischt, wird von „Dunst" gequält, durch „Athemäth" werde ihm ein „Rippenroller" geschlagen, „Haarbrand" in den Mund gebracht, der „Geschlechtssamen durch den After gezogen", durch „Eisathmen" seine Zelle kalt gemacht, ihm „Weinpisse" in die Speisen gegossen, daß sie süß schmeckten.

1866: Durch „Flammenäth" mache man ihn unter der Achsel schwitzen, durch „Athemstoß" verursache man ihm Lungengeschwüre, die Geistlichkeit notzüchtige ihn, das ganze Beamtenkorps wolle ihn „meucheln", man wolle ihn durch „Wirrfutter" zum Selbstmord oder Entweichen bringen, durch „Zehrschleim und Grünspan" beseitigen; man quäle ihn mit „ätherischen Folterqualen". Erfindet Maschinen, das Perpetuum mobile, nennt sich Graf T.

1867: Hört Stimmen, daß er tot gemacht werden solle, bezeichnet sich als Präsident.

1868: Fühlt sich durch die Pfaffen gequält, spuckt den Arzt an, zerschlägt wiederholt Fensterscheiben. Systematisierter Verfolgungs- und Hochmutswahn. Verschiedene Zettelnotizen aus dieser Zeit klagen über körperliche Schädigungen und Schmerzen durch „Stoßweh, saures Stichweh, Edstich". So am 20. November 1868: „Ich bin seit gestern von dem Athem der Giftmischung des schneidend sauren Blutgnuff, dem sog. Kohlrapp und das Siechensalz fast zum Tode krank gemacht. Die Doktorfamilie begann damit am Hinterkopf und durchstießen den ganzen Hinterkopf und den Hals...um 7 Uhr stießen mir viele Weibspersonen dröhnende Athemstöße in den Magen und die Lunge, wonach das saure Fiebergift durch den ganzen Leib zog...die Kinder sind bei diesen Folterungen stets die schlimmsten und stellen an ihre Eltern laut die Forderung mich verrückt zu machen.

1869: Behauptet, bald Kaiser zu werden.

1870: Stellt in Aussicht, er werde bald das Recht haben, alle Beamte in Kochstücke zerhauen zu lassen, werde allen die Guillotine zu kosten geben, sobald er Kaiser sei.

1872: Gibt an, das Brot sei mit „Verzweiflungsathem" gebacken, damit er sich das Leben nehme.

1874: Erklärt sich für den „Gottkaiser".

1881: Fühlt sich durch „sauren Magenknuff" gequält.

1882: Auf einem Zettel findet sich folgende Notiz: „Das alles übertreffende Weh als die stärkste Töterstichkraft in meinen Kopfknochen und Zähne gestoßen, war vom 12./13. März 1882 Tag und Nacht. Das

Weh zwang mich zu brüllendem Stöhnen. Der Richter N. soll dann gleich gestorben sein."

1883: Entwirft zwei Aquarellzeichnungen von sich, bezeichnet sich als Kunstmaler, sein Sohn sei Kronprinz in Rom, unterschreibt sich als „F. T. Erster Mensch Jott".

1884: Prophezeit alle Jahre, daß sein Sohn am 7. Februar die Weltregierung übernehmen und alle hiesigen Beamten massakrieren werde. Fühlt sich viel „geknufft" und dadurch am Schreiben verhindert.

1885: Führt eine beginnende Erblindung (Staarbildung) auf dem linken Auge auf Verfolgungen der Ärzte zurück, erfindet Maschinen, die „alles leisten", Uhren, die nie stille stehen, außer auf seinen Zuruf „Stehe". Fühlt sich von den Pastoren mit „Opiumgift" verfolgt, telegraphiert seine Leiden zum Fenster hinaus. Es würde immer behauptet, er hätte schon längst tot sein müssen, er möchte so lange leben, wie König Wilhelm von Preußen, der niemals Kaiser von Deutschland geworden sei, sondern von Rom 1874 abgesetzt sei, sein Sohn sei Kaiser; der Arzt sei nicht von Rom legitimiert; spricht deshalb zeitweilig gar nicht mit ihm.

1886: Unterschreibt seine Schriftstücke mit „F. T., Ehrfinder und Segenschaffer für die ganze Welt und König Kaiser und Mensch Jott." Schimpft oft maßlos, er erkenne keine Vorgesetzten an, der Direktor der Anstalt sei noch nicht dazu ernannt, er schreibe die Gesetze vor, er werde die Weltregierung antreten, wenn sein Sohn, der „Mensch-Jott-Kronprinz in Rom" sie ihm übergebe, bei dem müßten sich alle Potentaten um die Krone bewerben. Weist das Essen zurück, weil die „Gebärschlange" darin sei, fühlt sich „geknufft", mit „Turfscheinäth" Gehirn, Herz und Lunge aufgelöst, beschuldigt die Ärzte der Giftmischerei, die Justiz wolle ihm seine Gedanken nehmen, Fürst Bismarck schicke Abgesandte, die ihm zusetzen; das Essen sei verschmutzt, vergiftet, durch „Äthstöße" werde ihm das „Abzehrweh" verursacht, er müsse dies alles nach Rom melden, da sein Sohn sich noch nicht mit ihm in Verbindung setzen könne, wie es vorherbestimmt sei.

1887: Voller Größen- und Verfolgungsideen, dabei lebhaft halluzinierend, oft maßlos gereizt, so daß wiederholt Sturzbäder in Anwendung kommen mußten. Er sei Gott und Majestät, schreibe ein neues Gesetzbuch, erfinde Maschinen, daß der Acker nicht mehr gepflügt, sondern mit Maschinen umgegraben werde, auch die Kartoffeln sollten mit einer Maschine gelegt werden; im Essen und Trinken bekomme er Gift, das Wasser enthalte Grünspan aus der Kupferleitung, das Fleisch sei Aas, sein Augenlicht werde ihm durch die Ärzte entzogen, an ihm solle politischer Mord begangen werden. Spricht oft laut vor sich hin, macht allerlei Meldungen an seinen Sohn nach Rom und empfängt von dort Befehle, hält seine Person für vorgeschoben, um die Geisteskrankheit eines anderen zu verdecken. Bezieht einen neuen Arzt in der Stadt in seine Verfolgungsideen hinein, ebenso neue Kranke, die er als für seine Person gedungene Mörder



ht. — Ist zum ersten Male außerhalb der Zelle unter anderen Kranken spielt Karten.

1888: Nennt sich selbst den größten Wissensförderer, seine Erfinen gehörten zu dem Größten, was durch Nachdenken erfunden sei; nne aus Pflanzenbast durch „Erzkraft" Gold schaffen; es gebe vier rkräfte: Mineralsalze, Steinkräfte, Erzkräfte und Kohlenstoffe; er e ferner Seide aus den Fasern des Maulbeerbaumes herstellen; wegen r Fähigkeiten werde er verfolgt und tötlich angefeindet, seine Augen n ihm blind gemacht, seine Erfindungen sollten ihm „abgelauscht" en, deshalb spräche er sie beim Schreiben gleich laut aus, damit Veltbund und sein Sohn in Rom Kunde erhielt, durch die „Äthkraft" ine Stimme und sein Denken „wie tönendes Stoßsprechen" weithin ren, die Äthkraft sei eine elektrische Kraft, deshalb fürchte er beim tter, daß der Blitz ihn besonders treffen könne; die Äthkraft quäle erschüttere ihn als „elektrische Wutkraft", auch wirke sie in die e, und es stehe ihm fest, König Friedrich Wilh. IV sei in seiner Krankauch durch die Äthkraft geschunden; sein Sohn werde der Nachr von Wilhelm Hohenzollern, so werde voraussichtlich das Weltht in Rom beschließen. Fürchtet aus seinem Zimmer zu gehen, der Bürgermeister von R. dann in dasselbe dringen und ihm wichtige ftsachen fortnehmen werde. Schimpft viel über „Schindereien" inem Leibe, über die Anstalt als „Hurenhaus, in dem ihn nachts die hmädchen inkommodieren". Er müsse alles nach Rom melden, z. B. wenn er sich den Bart abschneiden lasse, denn er sei dort nur Bart bekannt; täglich werde er vom Weltgericht in Rom geprüft rhalte Nachrichten darüber durch die Zeitungen, durch Briefe, sogar ı ein Kriegsschiff, das kürzlich im Hafen von Rügenwalde erschienen Führt ständig Klagen über das „Augenschinden" der Ärzte; tatich ist das linke Auge völlig infolge Alterstaars erblindet, das rechte lich in seiner Sehkraft herabgesetzt.

1889: Ständig gequält durch „Eisäth" der Ärzte und des Wilhelm nzollern, schützt sich dagegen durch Telegramme nach Rom, die er ı „den amtlichen Lauscher" einsendet. Man trachte ihm nach dem n, im Brot sei „Zehrschleim", die Wärter saugen ihm den Geschlechtsn ab und essen ihn auf; 1887 sei er vom 28. Juni bis 1. Juli in Rom fünfzig Senatoren als der größte Geistesmann festgestellt, der je auf n gelebt habe. Die Hohenzollern hurten mit den Waschmädchen . und wollten ihn auch dazu verführen, damit sein Sohn die Weltchaft verliere, man wolle ihn durch Giftluft und Mordkomplott bejen, der Direktor und die Wärter seien im Bunde gegen ihn.

1890: Fühlt sich verfolgt von den Hohenzollern, Bismarck und Ärzten; äußert triumphierend am 22. März: „Na, den großen Zwangster Bismarck habe ich jetzt auch kaltgestellt". Er sei der große ensegenschaffer, wie es schon vor hunderten von Jahren voraus-



bestimmt sei, er gebe die Gesetze, über 8 Monate werde er seine Gottuniform mit Diamantknöpfen anziehen, der Arzt wolle ihn nur dumm machen oder stelle sich unschuldig, daß er ihn wie einen Geisteskranken behandle.

1891: Fühlt sich mit „Kopftötäth" und „Bruststößen" gequält, „Galläth" werde ihm aufgesetzt, „Tötegift" von der Tochter des Gerichtsschreibers in Spandau auf ihn losgelassen; schilt auf den Kaiser als „Arseniklümmel".

1892: Durch politische Intriguen sei er vor 40 Jahren in das Zuchthaus gebracht, der eigens für ihn bestellte Kreisphysikus habe ihm vor einem drohenden Komplott das Leben gerettet, der Zweck seines Lebens und seines Verbringens in die Irrenanstalt sei, daß er eine neue, gerechte Weltordnung schreibe; Doktoren, Pfaffen und Apotheker wollten ihn umbringen, sobald der Arzt zu ihm herantrete, werde sein Augenlicht verdunkelt, die Cholera sei nur ein „Doktorschind", in Wirklichkeit gebe es keine. Ist andauernd sehr gereizt und ausfallend infolge seiner Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen.

1893: Sein Sohn, der Kronprinz-Gott in Rom, stehe mit ihm als Diktator wie Julius Cäsar an der Spitze von 32 Weltbundstaaten, eine Gemeinschaft von 32 Generalen stehe ihm mit Rat und Tat zur Seite; beschäftigt sich mit dem Problem, das Mondlicht gleich wie Elektrizität auf Flaschen zu ziehen und nutzbar zu machen. Ist andauernd von „Giftäth, Soräth" gequält.

1894: Nennt sich „T., König, Kaiser, Menschgott und Herr aller Welten, die noch entdeckt werden", das Weltgericht in Rom habe dies anerkannt. Man setze ihm so sehr zu, die neue Weltordnung einzuführen, und er könne dies allein als Gefangener doch nicht. Schmeckt im Essen Gift, das durch Säure aus dem Nickel ausgezogen werde, fühlt sich gequält durch den Augenäth u. dgl. Ein Geburtstagsgedicht für den Geburtstag seines Sohnes in Rom 1894 lautet:

Ich weine heut, und doch fließt keine Träne,
die 48 Zahl nur zwingt mich hier dazu.
Mein Hermann, den ich nu das Weinen näme,
Hat außer Zweifel heut in Rom nicht Ruh.
Er weint vielleicht da mit noch mehren Andern
Und dänkt dabei an eine andere Zahl
Von Jakobs Söhnen her und deren Wandern
Und an ein festlich frohes Auszugmahl.
Ich ziferiere (?) Zahl und Nummern, zähle,
die 48 so wie hier nun folgen soll;
Dich Kind und Sohn ich gleich als Jot hinstelle
Und das adiert giebt 12, verstehst du wohl.
Das ist das Weltgericht der 12 Senaten;



In Jot Macht sprach Ihr Urteil Uns zu Jot,
Das brach die Macht der vielen Potentaten
Und gab dir Kraft zu brechen jede Not.

1895: Schimpft auf den Fürsten Hohenlohe als Null im Vergleich u sich, hat eine Erfindung gemacht, durch die alle Schiffszusammentöße unmöglich gemacht werden, und die auf dem Magnetismus und einer anziehenden und abstoßenden Kraft beruht. Bezieht den „Scheinkönig Hohenzollern, den tollen Bosse und Köller" in seine Wahnideen.

1896: Ist ganz erblindet. Voreingenommen gegen die Ärzte, verbittet sich deren „Schlangengruß", deren langsames Hinmartern durch „Gifttötäth", 1000 Schulzen, Lehrer und Honoratioren sprechen auf ihn mittels „Athemsprache" ein; erklärt, ein Hermann, der Cherusker, dem ein Denkmal im Teutoburger Wald gesetzt sei, habe niemals existiert, das habe sein Sohn Hermann T. getan, der seit 30 Jahren alle 6 Welten regiere, am 1. Juli werde es sich entscheiden, ob er oder Wilhelm Hohenzollern den Thron in Preußen einnehmen solle, er sei der Weltengott, den Spandauer und Potsdamer Familien müsse untersagt werden ihn zu „gnuffen", die Ärzte im Verein mit dem Amtsrichter und einem Pastor seien im Komplott gegen ihn und schinden ihn, fürchtet ein Bombenattentat durch den Nachtwächter der Anstalt. Ist zeitweilig abweisend gegen den Arzt, ignoriert ihn.

1897: Im Betragen oft unverschämt und flegelhaft, ist Gott, Majestät, Vorsitzender des Weltbundes, des Weltgerichts, beschwert sich über Zehrschleim im Essen und Trichinenfleisch.

1898: Dieselben Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen.

1901: Äußerlich geordnet, findet sich trotz seiner Blindheit in der neuen Umgebung der Anstalt Treptow zurecht, ist über die täglichen kleinen Ereignisse in seiner Umgebung und die politischen Vorgänge, die er sich von einem anderen Kranken aus der Zeitung vorlesen läßt, völlig unterrichtet. — Auf die Ärzte schlecht zu sprechen, sie verursachen ihm Magenschmerzen, wie „Käferätze" laufe es über seine Brust, das sei die „Kehl- und Brusthölle", die Ärzte hätten auch seine Augen blind gemacht und heilten ihn nicht, trotzdem sie die dazu nötigen Platina-, Gold- und Silbertropfen kennten; im Leibe verspüre er oft „Töterweh", man wolle ihn zum Selbstmord treiben, um seinen Sohn zu entehren, er müsse als Sühn- und Marteropfer für das Unrecht der ganzen Welt leiden, er sei der „höchste Jott-Mensch-Kaiser" der Welt, sein Sohn sei der Weltdiktator in Rom, so sei es vom 28. Juni bis 1. Juli 1887 verkündet, er sei „vorempfangen" und die Bibel auf ihn zugeschnitten; seine Strafe und seine Akten seien gefälscht, zweimal habe ihm der König Friedrich Wilh. IV eine Ehrenrettung zukommen lassen, Wilhelm Hohenzollern sei ein König ohne Krone, alle Fürsten sollten aufgehoben werden.

Ein Diktat von ihm aus diesem Jahre, niedergeschrieben von einem allerdings wenig gebildeten Kranken, lautet:



Ich der Maler Ferdinand T. weise mit den hier folgenden Kapitteln und Verssätzen aus dem Weltbundes-Gesetz der Bibel nach, daß ich schon mehrere hundert Jahre von dem Weltbund zu einem Weltneuerer und Gesetzgeber vorerwählt worden bin und zwar so, daß ich die ganze Zeit, in der das geschehen sollte, als Gefangener leben sollte und die Zeit des Gefangenenlebens sollte von da ab beginnen, wenn der Bund mich durch Zwang zu einem Straffall hatte bringen lassen; das weise ich jetzt gleich mit dem 4 ten Kapittel der Epistel St. Pauli an die Epheser nach. Die Worte weisen dennoch gleich nach, daß ich trotz der Niedrigkeit des Gefangenenlebens mit geistigem Segenschaffen und neuen gerechten Gesetzregeln bis zu der Ehrenhöhe Mensch Gott und Herr aller Welten hinauf kommen sollte. Die ganze Zeit sollte 50 Jahre sein die von dem Tage meines Fall zum Gefangenen, auch gleich eine Acht über die ganze Welt sein sollte. Ich sollte nach dem Vorplan in der Zeit der Weltacht die Hauptperson sein.

Der Rechtsgang in der Achtzeit, so wie auch die Zeitdauer stehen in dem 3 ten Buch Mose Kapitel 25 vorfestgesetzt; die ganze Acht leiteten die 12 Weltbundes-Senaten als das Höchste in Gottkraft stehende Weltgericht so, daß kein anderes Gericht in der Welt noch höher war wie Sie.

Der zwingende Beamte, der den Zwang zu meinem Fall von dem König Friedrich Wilhelm den 4 ten von Preußen und dem Premierminister Freiherrn von Manteufel dem Kultusminister von Brockhaus dem General Polizeidirektor von Hinkeldei war der Dr. Leo in Regenwalde, daselbst ich daselbst als Bürger und Maler wohnte, später ist der Dr. Leo im Kreis Schivelbein Kreisphysikus gewesen und ist dort gestorben.

Nachdem ich dann nach dem Vorplan schon in drei Zucht-Strafanstalten geschickt worden war, waren 11 Jahre vergangen und der König von Preußen hatte mir vor seinem Tode durch eine größere Zahl hochgestellter Männer 2 Mahl Ehrenerklärungen geben lassen und dann auch noch mit dem Justiz-Minister vereint bestimmt daß eine Actenrestitution meine ganze Reinheit als schuldlos bezeugen sollte. Nachdem was so geschehen war, hätte ich meine Freiheit und Ehre öffentlich wieder empfangen müssen und auch darum, weil ich im Jahre 1858 in der Zucht-Straf-Anstalt zu Spandau ein sehr werthvolles mechanisches Werk erfunden hatte, daß aus eigener Kraft thätig ist, so geschah das doch nicht, sondern die schon gekennzeichnete allerhöchste Gewalt in Rom ließ mich nach dem Weltbundes-Vorplan wie das in der Offenbarung St. Johannis Kapitel 13 feststeht im Jahre 1863 von Spandau nach der Irren-Sichen-Heil-Anstalt R. am Meer bringen, wo ich gegen jede Gewalt in dem für mich vorfestgesetzten Plan nicht gehemmt oder angetastet werden durfte, sondern ganz freien Willen zu allem dem haben sollte, mit dem ich in Wort Schrift sowie auch mit Thaten eine neue Seegenwelt schaffen konnte.

In dem Kapitel 13 ist der Vers 9 das bestimmende Gesetz über die Strafbarkeit des Bundes, der mit Zwanggewalt mich zum Gefangenen



gemacht hat, wie sie sich dann auch selbst in Vers 1 in dem Epheser-Zwang-Kapitel als Gefangene in dem Herrn gekennzeichnet haben.

Der Vers 15 in dem 13 ten Kapitel kennzeichnet meinen leiblichen Sohn in der Stadt Rom in Italien mit dem ganzen Künste und Seegen schaffen Prüfungscollegio und dem ganzen Weltgericht in Rom; das dort gekennzeichnete Zeichen ist eine 10 Sternfigur, die in der Luftregion der Natur mehrere Monate im Jahr scheinend zu sehen ist; ich gebe folgende Aufklärung darüber: die ganze Figur ist in Summa 10 Einzelsterne, dieselben sind aber als Monogramm 3 besondere Figuren, deren eine eine römisch lateinische 10 ist, die zweite ein loth und wagerecht stehendes Kreuz und die 3 te ein römisch-lateinischer großer Buchstabe T. Die erste Figur kennzeichnet alle Gesetzordnungen in der Welt; die 2 te kennzeichnet, daß die Gesetze und Ordnungen alle in und zu Gerechtigkeit sein müssen. Der T Buchstabe kennzeichnet aber die Zwangkraft und Zwanggewalt der Gesetzregeler und Gesetze. Einen zweiten Sinn kennzeichnet sie als Monogramm gedacht das Wort Tara, welches doch ein Um- oder Inhülle kennzeichnet, aus der das eigentliche Werthvolle erst herausgesucht werden muß; ein 3 ter Sinn ist aber mein Namenwort nähmlich T. dies Wort T. heißt aber auch die Waage der Gerechtigkeit oder Sternen-Punktwaage.

Die Worte in dem Vers 18 sagen ausdrücklich daß der Sinn über diese ganze Sache mit Überlegen als eines Menschenzahl heraus gefunden werden muß und mit die Zahl 3 mahl 6, die wir im deutschen sechshundert sechs und sechszig nennen, der damit ausgesprochene Sinn hat aber gar keine Ähnlichkeit mit meinem Namen und doch stimmt das im Monogramm Ahnsinn, so wie hier jetzt folgen soll.

Die Ziffer 6 ist die Bundesziffer zu dem Dreibund der ganzen Menschheit in der Welt und zwar als Fürstenbund, Beamtenbund und Volksbund, die in Summa bis jetzt noch der Mensch-Gottbund ist, nun aber für mich den vorerwählten Mann Ferdinand T. zu dem Zweck vorfestgestellt, daß ich selbst persönlich ein Herr ein Gott und ein Vater nach Epheser 4 hiermit in Harmonie stehend stimmen kann müssen die 3 6 Ziffern lothrecht über einanderstehend gezählt werden, so ergiebt das die Zahl 18. Legen wir nun zum herausfinden des rechten Sinn 8 Zehnmarkstücke auf einen Tisch so giebt das die ganze Zahl achtzig Mark und mein Familien Stamm und Namenwort ergiebt auch achtzig, wenn wir jeden einzelnen Buchstab der Reihe nach in dem Alphabet zählen der wievielte er darin ist und so stimmt dies ganze Aufgeklärte doch auf das Genauste mit der 10 Sternfigur, denn dem Weltbundes-Vorwahlzweck und mit meinem persönlichen Lebenszweck. Mit dem nun so Nachgewiesenen stimmt auch auf's genauste die Jahreszahl 1863 als Zweck meiner Versetzung von der Zucht-Straf-Anstalt Spandau nach der Irren-Siechen-Heil-Anstalt R. am Meer.

Im Jahre 1887 in den 4 Tagen des 28 ten 29 ten 30 ten und 1 ten Juli



hat das allerhöchste Weltgericht in Rom in Italien ein Urtheil über mich gesprochen so, daß von den 50 allerhöchsten Senator 44 für meine persönliche Ehre als Mensch-Gott und allem dazugehörenden gestimmt haben und 4 als Senator und Spruchrichter nur mit nein und das ist gedruckt in meine Hände gekommen als Weltgerichts-Spruchsitzungs-Nachweis.

Seit der Zeit hat das Weltgericht die ganze Welt im Konkursverfahren und zur Übergabe an mir den Mensch-Gott Ferdinand T. geregelt, daran aber schon mein leiblicher Sohn als Gott-Kronprinz das Schutzrecht für mich und meine ganze Familie hatte und jetzt noch so hat und zwar jetzt in diesem Jahre bis zum 1 ten Juli künftiges Jahr als höchster zwingender Gewalthaber gekennzeichnet mit dem römisch lateinischen Wort Diktator. das 15 te Kapitel in der Epistel St. Pauli an die Korinther weist als Weltgesetz vorfestgestellt in den Verssätzen 21—24 nach, daß ich und meine Familie nach dem geschehenen Zwangfall politisch tod erklärt worden sind, daß aber derselbe politische Tod nach Ablauf von 15 Jahren seid dem Tage des Weltgerichts Urteilspruch durch meinen Sohn so aufgehoben werden soll, daß er damit auch gleich alle Herschaft-Obrigkeit und Gewalt aufheben soll und mich seinen Vater und seinen Gott aus dem Gefangenleben erlösen und mir das Reich der Welt überantworten soll und die Zeit ist nun in dem kommenden Jahr 1902 am 1 ten Juli. Das Wort Juli im Ahnsinn kennzeichnet mich und damit auch gleich meinen Sohn als Mensch Gott mit allen dazu gehörenden Rechten mit den 12 Weltbundes-Senatoren in Rom über das ganze Haus Gottes der ganzen Welt und meinen Sohn als den Gott-Kronprinzen.

Die Jahreszahl 1902 stimmt auf's genauste zu der ganzen Sache im Zifferahnsinn so; eins die alleinige Gottgewalt über das Haus der Welt im 9 ten Gebetsinn alle Anderen null und nichts unter der Gewalt meines Sohnes mit der Nummer 2 gekennzeichnet so lange bis er mich erlöst und mich das Reich überantwortet hat.

Mein Sohn Hermann T. ist in dem Recht wie nachgewiesen gleich als wahrer Gott der Sohn und hat dieselbe Macht wie ich Gott der Vater.

Dies vorstehende aus dem Weltgesetz der Bibel nachgewiesen soll eine Aufklärung meines Recht für alle Irren-Anstalts-Beamte sein, was ich durch einen andern mit Erlaubniß des Dr. Herrn T. habe schreiben lassen.

Treptow a d Rega den 22 ten Dezember 1901

F. T.

1902: Für gewöhnlich zugänglich, unterhält sich gern, zeigt ein vorzügliches Gedächtnis für die Vergangenheit, gute Kenntnisse der gegenwärtigen politischen Ereignisse, die er allerdings nicht anerkennt, da sie im Gegensatz zu seinem Weltregiment stehen. Zeitweilig gereizt, abweisend, laut schimpfend und halluzinierend, hat „Krampfschnittweh" im Leibe, schilt auf „den wahnsinnigen, geisteszerrütteten Minister Studt mit seinen Medizinalräten, Schinderdoktoren und Kaffschreibern, die



ir ins Herz bohren, wenn ich meine Erfindungen nach Rom melde", ört alle Kinder von den Gerichtsschreiben bei jedem Atemzug sprechen, e „Justizschinder, Lausedoktoren und Pfaffenpack" wollten die Leute re machen, weil sie ihm Jesus vorhalten, Jesus sei ein Vagabund, in Sohn sei der rechte.

1903: Sitzt häufig lauschend da, unterhält sich mit Rom.

1907: Derselbe Zustand. Erklärt sich für den höchsten „Mensch-ott", habe das Weltgesetz und alle Gesetze gemacht, die Geschichte on Jesus sei eine „Wirrkomödie" gewesen, Jesus sei zum Freimaurer om Beamten- und Fürstenbund gezwungen, vom 1. Juli an regiere ein Sohn, der komme mit Kriegsheer und 12 Weltbundsenaten aus Rom ach Deutschland und befreie ihn; über ihm stehe nur der Naturgeist, er allein Menschen und Tiere machen könne.

1908: Völlig unterrichtet. Erklärt auf Befragen: es sei überflüssig, iber alles zu berichten, 1887 sei in Rom ein Weltgericht über ihn ab-gehalten, daß er der Herr der Welt als „Mensch-Gott", der klügste Mensch ler Erde sei, wie es in der Bibel stehe, durch den Lokalanzeiger aus Berlin habe er die Publikation empfangen, „50 Senatoren" habe wörtlich darin gestanden, die hätten auch an der Sitzung in Rom teilgenommen, 44 davon hätten mit Ja für ihn als Gott-Mensch-Kaiser und König gestimmt, in der Bibel sei sein Name im „Zifferahnsinn" zweimal genannt, ahnen heiße denken, Ahnsinn sei mehrfacher Sinn; so habe die Jahreszahl 1908 einen „weitausahnenden" Sinn, einmal die Jahreszahl und dann umschließe sie das Weltall, die ganze Welt werde umfaßt von 1 + 9 = 10 und dazu 8 = Gott, das stimme mit Johannis Kap. 13, V. 18. Dieser lautet: Hier ist Weisheit; wer Verstand hat, der überlege die Zahl des Tiers, denn es ist eines Menschen Zahl, und seine Zahl ist 666. Er sei durch einen Dr. Leo dazu gezwungen, eines Mädchens Jungfernhäutchen mit dem Finger zu durchreißen, er habe es erst nachher erkannt, daß ihm die „Geschlechtsanregung zugesetzt" sei, er sei verurteilt und habe geschwiegen aus Furcht, daß noch mehr Haß auf ihn gelegt werde; später habe ihm der König selbst 2 Ehrenrettungen zu Teil werden lassen und ihn für den reinsten Mann erklärt. Er erkenne über sich keinen Gott an, nur einen Naturgeist, der könne wohl Menschen, Tiere und Pflanzen schaffen, nur er aber die Kunstwelt, z. B. Wagen. Er gebe alle Gesetze für Doktoren, Juristen, Politik, Kunst, Post, Landwirtschaft, Alchemie; diese Gesetze werden alle 2 Jahre von einer Deputation höchster preußischer Beamten durchgesehen, auch der Bürgermeister in Cammin habe seinerzeit der Deputation angehört. Im Körper fühle er Giftstöße anderer Menschen, Kupfergift, Ätzgifte, so daß er schon in 8 stündigem Todeskampf gelegen habe. Auf Fragen nach Stimmenhören gibt er an, er höre die Schreiberfamilien, jetzt nannten sie es drahtlose Telegraphie, in Rügenwalde war es „Athem- oder Etschstoßen, das Sol-Etschstoßen ist nicht so schlimm, aber was giftig ist, kaltes Gift für die Augen geschleudert, das



ist furchtbar, dann hat mir das Herz im Leibe gefroren". — Ist über alles vollständig orientiert, weiß Namen der Direktoren in R., ihr Todesjahr, ihre Erkrankungen, den König von Preußen erkennt er aber nicht an, der sei nur ein Schattenkönig, der nur gewisse Rechte und Pflichten habe, die er nicht antaste, er (T.) stehe unter Rom, von dort kämen die Befehle nach Berlin, von da nach Stettin und weiter hierher, die verfügen über ihn, und das Weltgericht habe gesagt: Du kriegst die Welt und kriegst Gott — wir können es jetzt nicht anders machen.

1910: Völlig orientiert. Findet sich trotz seiner Blindheit auch nach notwendiger Verlegung in andere Räume bald zurecht, ist unterrichtet über Namen, Aussehen, persönliche Verhältnisse seiner jetzigen Mitkranken und Ärzte, hat ein richtiges Urteil über seine und anderer Angelegenheiten, solange nicht seine Wahnvorstellungen hereinspielen; kennt gegenwärtige politische Ereignisse, soweit sie ihm von gefälligen Mitkranken vorgelesen werden. Fällt selbst in längeren Gesprächen, solange nicht seine Wahnideen berührt werden, weder psychisch noch in seinem Gebahren auf. Gibt auf Befragen an: Sein Vater sei Schuhmacher gewesen, war „ein kluger Mann, der dreist hätte Regierungsrat sein können"; der Vater müsse um 1856 gestorben sein, seine Schwester habe ihm einmal im Zuchthaus geschrieben, daß Vater 18 Monate tot sei. Wann seine Mutter gestorben sei, wisse er nicht, es sei ein falscher Totenschein ins Zuchthaus geschickt, 6 Monate später habe er sie noch vor der Anstalt gehört, aber sie sei nicht hereingelassen, es müsse 1861 oder 1862 gewesen sein. Ein Onkel von ihm sei Leutnant und später Polizeispitzel für den König geworden, der habe ihn überwacht, sonst hätten ihn die Regierungsbeamten schon bei Seite geschafft. 2 Schwestern von ihm seien in Rom, ob die noch leben, wisse er nicht, da vor ihm alles geheimgehalten werde. Das habe der Weltbund so festgestellt; seine Feinde, insbesondere der Freimaurerbund, fingen beim Kaiser und König an und schwindelten es einer dem andern vor; deshalb habe der Weltbund beschlossen, einer solle gefänglich gesetzt werden wegen eines Scheinmordes an einem Mädchen, dazu sei er erkoren; „ich soll geprüft und zum Höchsten Menschgott gemacht werden". Er habe alles erfunden, 13 mechanische Werke und eine neue Weltordnung, wie es schon in der Bibel stehe: Siehe, ich mache alles neu. Eine Räuber- und Spitzbubenbande bringe solche Erfinder wie ihn in die Anstalten und zwinge sie, etwas zu tun, daß sie in solche Anstalten kommen müssen; es sei alles für ihn 430 Jahre vorherbestimmt; der Dr. Leo habe es ihm durch Zwang eingegeben, einem Mädchen mit Namen K. das Jungfernhäutchen mit dem Finger zu durchreißen; 4 Tage später sei sie zu Tode „geterrt", da hieß es, er habe sie gemordet, daraufhin sei er zu „langer Lebensstrafe" verurteilt und habe in Naugard, Moabit und Spandau im Zuchthaus gesessen. Es stand in der Bibel, er solle in alle unterirdischen Löcher hineinsehen und alles kennen lernen. Nach 12 Jahren habe ihm der

König 2 Ehrenerklärungen zukommen lassen, er habe die Soldaten vor einem Fenster singen und verkünden lassen: „dieser Mann ist der reinste in meinem Lande". Alle hohen Offiziere und Zivilpersonen hätten daraufhin seinem Sohn zu Ehren die Mützen abgenommen, und die Spandauer hätten gerufen „all Land is dien". Auch nach R. sei er gebracht, um alles zu studieren, es heiße in der Offenbarung Johannis, 13. Kap.: „und ich trat an den Sand des Meeres", da sei er dorthin gekommen und stehe nur unter Rom, mit dem er ständigen Verkehr habe, jetzt nenne man es drahtlose Telegraphie.

1911: Viel im Bett wegen körperlicher Schwäche, wird viel geplagt durch „Anäthen, Ätzweh" u. dgl., halluziniert, sei „blendblind" gemacht. In denselben Wahnvorstellungen der Größe und der Verfolgung befangen wie früher, hat ein gutes Gedächtnis an vergangene Zeiten und die Gegenwart. Er werde am 26. August aufstehen, der sei seines Sohnes Geburtstag, der werde 60 Jahre alt und 66 Jahre sei er gefangen, das sei eine Harmonie der Zahlen, die etwas bedeute; die Zahl der Verssätze in der Offenbarung Johannis 13 sei auch 66 und die Verssätze repräsentieren die Rangstufen vom Sohn zu Gott; es werde eine große Umwälzung stattfinden, so habe er in der Bibel studiert und ausgelegt gerade so gut wie die Professoren an den Universitäten; er sei ein großer Geist, vertrete die neue Weltordnung; alle Fürsten, die jetzt herrschen, haben nur eine Lehnregierung von ihm, am 26. August werde nun sein Sohn den Thron besteigen und Alleinherrscher der Welt sein, dann sei sein großes Werk vollendet, sein Wappen sei das Radiusgestirn, das die Gottfirma vertrete, es bestehe aus einer römischen X als Zeichen des Gesetzes, einem lot- und wagerechten Kreuz als Zeichen der Gerechtigkeit und einem lateinischen T. Sein Sohn sei schon als Schulknabe nach Rom geholt, sei dort vom Senat unterrichtet und habe die Weltregierung studiert; der Senat bestehe aus Abteilungen für Juristen, Kirchenbeamten und Doktoren. Auf seinen Sohn sei bereits in der Bibel hingewiesen, aus ihr wisse er auch, daß sein Sohn lebe und als der Held des großen Tages hervorgehen werde. Sein Kind sei elend gemartert worden, von Friedrich Wilhelm von Hohenzollern sei ihm Krampfgift gegeben, daß es die Brustwarze nicht finden sollte, dafür habe Friedrich Wilhelm die Kanüle bekommen und habe in Remo gelebt, das hieße rückwärts „o mer", damit sei gesagt, daß der Knabe einmal „mehr" werden solle. Seinem Sohn, der Hermann heiße, sei auch in Deutschland das Hermannsdenkmal errichtet. Hängt hartnäckig an der Idee, er sei der „Jottmensch" und sein Sohn der künftige Weltregent, wird bei Widerspruch erregt.

1912: Wahnsystem unverändert. Körperlich hinfällig, liegt dauernd zu Bett, bezieht körperliche Empfindungen auf „Ahngas, Ahnäthern", hat Gehörstäuschungen, empfängt Mitteilungen aus Rom über seinen Sohn. Gut unterrichtet, freundlich, hat ein richtiges Urteil, solange nicht seine Wahnvorstellungen hineinbezogen werden.



1913: Im März Schlüsselbeinbruch infolge Ausgleitens beim Gang zum Klosett; derselbe heilt, trotzdem er einen Verband nicht sitzen läßt, da er mehr verstehe wie ein Arzt. Bezieht Urinbeschwerden auf Manipulationen von jungen Mädchen an seinem Glied. In seinem geistigen Verhalten unverändert. Am 30. September 1913 mehrmals Durchfälle, am 2. Oktober 1913 in plötzlichem Schwächeanfall gestorben.

Die Sektion ergab mäßigen Darmkatarrh, senile Atrophie der Organe. Das Gehirngewicht betrug 1125 gr.

Seine zahlreichen hinterlassenen Aufzeichnungen bilden z. T. Zettel mit den bereits in der Krankengeschichte gegebenen Belästigungen, Empfindungen und Sinnestäuschungen; z. T. legen sie seine Weltanschauungen und Erfinderpläne dar, z. B. nimmt er gegen Beschlüsse des Kultusministeriums, die er in Zeitungen gelesen hat, durch Gegenanordnungen Stellung oder er löst das Projekt, Schiffszusammenstöße zu verhindern, durch Magnetismus, der bei Annäherung zweier Schiffe eine Lampe aufleuchten und Glocke ertönen lasse. Drei dicke Diarien sind betitelt: Satz Ordnungen zum Gemeinde-, Staaten- und Weltregieren; Erfinden und Segenschaffen Grundplähne, entworfen in den Jahren 1863—1888; Steuerungs- und Verbesserungsgrundpläne zur Staaten- und Weltregierung seid 1893.

Die Vorgänge am Tage der Tat, dem 25. Juni 1851, die ihm lebenslängliche Zuchthausstrafe eintrug, schildert er folgendermaßen: Er sei durch einen Schlag ins Auge, den ihm ein Schneider Schmidt versetzt habe, gezwungen gewesen, den Dr. Leo aufzusuchen, nachdem er zum Frühstück ungewohnterweise noch 2 Glas Kümmelbranntwein getrunken habe; so habe er nicht gemerkt, daß Dr. Leo ihm nach der Verabredung in Berlin „Zwang-Ed" in den Leib gestoßen habe; zu Hause angekommen, habe er sich über seine Frau geärgert, die ihn ausschickte, vom Felde für einen Hasen, den sein Sohn geschenkt erhalten hatte, Futter zu holen; dabei habe er das Mädchen getroffen und ihr mit der Hand „unter Zwang" das Jungfernhäutchen durchrissen; dieser „Zwang für einen Geschlechtsfall" sei für ihn in der Bibel Epistel Pauli an die Epheser Kap. 1, V. 1—10 „vorberaten" und sei durch „Schnitt-Ed" von seinen Zwingern verursacht. Darnach sei er in Untersuchungshaft in Naugard gekommen und zu lebenslänglichem Zuchthaus verurteilt.

Kurz zusammengefaßt handelt es sich bei vorstehendem Fall um einen Mann, der im Alter von 27 Jahren im Jahre 1851 wegen Unzucht und versuchten Mordes zu lebenslänglichem Zuchthaus verurteilt ward und in der Isolierhaft etwa 1859 psychotisch wurde. Die anfänglichen Krankheitserscheinungen waren Verfolgungsvorstellungen: T. glaubte seine Mitgefangenen durch sich geschädigt und fürchtete in unbegründeter Weise umgebracht zu werden. Er



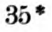
schloß ferner aus Andeutungen im Gesangbuch auf Verdächtigungen seitens anderer Gefangener, auf Giftmord an seiner Mutter und an anderen Leuten, während er durch Drohungen mit Rache von einer Anzeige zurückgehalten werden solle. Um diese Zeit stellten sich auch Sinnestäuschungen ein, er hörte seine verstorbene Mutter sprechen. Trotz dieser Störungen setzte T. zunächst mehrere Jahre seine Arbeit im Zuchthaus fort; eines Tages legte er diese nieder, erklärte sich für den Direktor der Anstalt, sein Sohn werde die Tochter des bisherigen Direktors heiraten, es seien Unterschleife beim Gericht vorgekommen. Es stellte sich Unruhe und nächtliches Toben bei ihm ein, die von massenhaften Sinnestäuschungen begleitet waren, er behauptete, es werde bei ihm die „Teermethode" angewandt, sein Schamglied durch die Ärzte krank gemacht, die „Rückenzange durch Ahnschlagen" angewendet, durch „Ahnäther" die Gefangenen betäubt und in seiner Zelle fortwährend gezischelt. In diesem Zustand offenbarer Geisteskrankheit wurde er seit 1863 in der Irrenanstalt zu R. untergebracht. Hier äußert er dieselben Vorstellungen, die er auf Ärzte und Wärter bezieht: er hört „Anzischeln", spürt „übersinnliche Beeinflussung" aus weiter Ferne, fühlt durch „Ahngas" Gliederschmerzen und geschlechtliche Erregung und hört, daß er begnadigt sei. Für seine körperlichen Empfindungen gebraucht er in der Folgezeit verschiedene Ausdrücke, so 1865: durch „Athemäth" werde ihm „Rippenroller" geschlagen, „Haarbrand" in den Mund gebracht, sein Geschlechtssamen durch den After gezogen, ihm „Drank" unter das Essen gemischt. Verfolgungsideen und Sinnestäuschungen umgreifen dann weitere Gebiete; 1866 spürt er „Athemstöße" durch „Flammenäth", das ganze Beamtenkorps wolle ihn „meucheln", ihn durch „Wirrfutter" zum Selbstmord bringen, oder durch „Zehrschleim und Grünspan" beseitigen. Gleichzeitig erfindet er Maschinen und nennt sich Graf T. Im Jahre 1867 bezeichnet er sich als Präsident, 1869 erklärt er, bald Kaiser zu werden. Gehörstäuschungen und zahlreiche sonstige Sinnestäuschungen gehen auch in dieser Zeit nebenher. Er spürt „Stichweh, Edstich, sauren Blutgnuff, dröhnende Athemstöße in Magen und Lunge, saures Fiebergift"; er glaubt die Familie des Arztes an diesen Folterungen beteiligt, fühlt sich von den Pfaffen gequält und hört Kinderstimmen bei seinen Qualen. Unter Andauern der Sinnestäuschungen bezeichnet er sich 1874 als „Gottkaiser". Diese



Wahnidee bleibt nun haften bis zu seinem Tode und erfährt nur eine gewisse Weiterbildung. 1883 unterschreibt er sich als „Erster Mensch Jott“, gibt seinen Sohn als Kronprinzen aus und erwartet nun alljährlich, daß sein Sohn die Weltregierung in Rom übernehmen werde. Daneben gehen Verfolgungsvorstellungen durch die Ärzte, die Pastoren und Sinnestäuschungen, er fühlt sich „geknufft“, mit „Turfscheinäth“ seine Organe aufgelöst, spürt „Gebärschlange“ und Gift im Essen und meldet seine vielfachen Qualen durch lautes Sprechen telegraphisch seinem Sohn in Rom, der „Mensch-Jott-Kronprinz“ sei, bei dem sich alle Potentaten um die Krone bewerben müßten. Zugleich unterzeichnet er sich als „Ehrfinder und Segenschaffer für die ganze Welt, Kaiser, König und Mensch-Jott“. Sein Verhalten ist dabei oft sehr ausfallend, Ärzte und Vorgesetzte erkennt er nicht an, da sie nicht von Rom legitimiert seien. Er bezieht neu in seinem Gesichtskreis auftauchende Personen in seine Wahnvorstellungen, sieht sie als gedungene Mörder an. Er erfindet Maschinen, macht sich (1888) eine eigene Einteilung der Natur und ihrer Kräfte, hält sich für den größten Wissensförderer; deshalb glaubt er sich verfolgt und angefeindet und schützt sich gegen das „Ablauschen“ seiner Erfindungen durch lautes Aussprechen beim Niederschreiben, damit sein Sohn und der Weltenbund in Rom gleich Kunde davon erhalte; denn seine Stimme und sein Denken sei wie „tönendes Stoßsprechen“ weithin zu hören. Beginnende Alterserblindung führt er auf das „Augenschinden“ der Ärzte zurück, die „Äthkraft“ sei ähnlich wie die „elektrische Wutkraft“, wenn er mit ihr gequält werde, fürchtet er, daß der Blitz angezogen werde. Der Kreis seiner vermeintlichen Verfolger erweitert sich mehr und mehr; er glaubt Ärzte, Bismarck und die Hohenzollern im Bunde gegen sich, freut sich über die Entlassung Bismarcks (22. März 1890), meint, die Hohenzollern wollten ihn durch die Waschmädchen verführen und ihn um die Weltherrschaft bringen; aber er sei der „Weltsegenschaffer, wie es vor hunderten von Jahren vorausbestimmt sei, der bald seine Gottuniform mit Diamantknöpfen anziehen werde“. Während seine Sinnestäuschungen und seine Verfolgungsideen in dem Jahrzehnt von 1890—1900 gleich bleiben und sich in massenhaften Gehörstäuschungen („1000 Schulzen, Lehrer und Honoratioren sprechen mittels Athemsprache auf mich ein“) und eigenartigen körperlichen Empfindungen kundgeben, für



ie er wie früher auch besondere Bezeichnungen gebraucht, wie Doktorschind, Giftäth, Sooräth, gnuffen", erfahren seine im Kern nveränderten Größenwahnvorstellungen einen weiteren Ausbau und egründung; sein hinter ihm liegendes Leben wird wahnhaft umedeutet und entstellt. Er ist durch Beschluß des Weltgerichts in om „König, Kaiser, Mensch-Jott und Herr aller Welten", sein Sohn er Kronprinz, er steht an der Spitze von 32 Weltbundstaaten, sein ohn ist schon an die Stelle Hermann des Cheruskers getreten. Er eugnet in Konsequenz dieser Vorstellungen das „Scheinkönigtum der Iohenzollern" und bezieht damals amtierende Minister in seine Ideen inein. Seine Wahnvorstellungen begründet er, wie auch früher, urch Gehörstäuschungen und allerlei Zahlenkombinationen und igene Auslegung von Bibelstellen, wie sein Diktat aus dem Jahre 901 sehr schön nachweist. Es fällt hier, wie *Kölle* auch beobachtet hat, auf, daß in demselben der Sinnestäuschungen mit keinem Vort gedacht wird, sondern nur der Wahnvorstellungen. An seiner Vahnbildung und seinen Sinnestäuschungen ändert auch seine Versetzung in eine andere Anstalt nichts. Wenn neue Ausdrücke hinzukommen und sein Wahnsystem geordneter erscheint, so liegt dies hauptsächlich daran, daß genauere Angaben in der Krankengeschichte vorliegen. Er spürt die „Kehl- und Brusthölle", es laufe wie „Käferätze" über seine Brust, durch „Krampfschnittweh" und „Etschstoßen" wird er geplagt, alle Kinder der Gerichtsschreiber sprechen bei jedem Atemzug auf ihn ein. Er müsse als Märtyrer für das Unrecht der ganzen Welt leiden, die Geschichte mit Christus sei nur eine „Wirrkomödie" gewesen, er und sein Fall sei vorausbestimmt in der Bibel, er sei der „höchste Gott-Mensch-Kaiser", so habe das Weltgericht in Rom beschlossen, sein Sohn der „Weltdiktator", der mit Kriegsheer und 12 Weltbundsenaten in Deutschland einziehen werde; er sei der klügste Mensch, über ihm stehe nur der Naturgeist, er schaffe alle Weltgesetze, so habe das Weltgericht gesagt. Er erfahre alles durch Telegraphie, jetzt nenne man es drahtlose Telegraphie. Er sei durch Zwang und „Schnitt-Ed" zu dem „Geschlechtsfall" gekommen, seine Akten seien gefälscht, zweimal habe ihm König Friedrich Wilhelm IV. eine Ehrenerklärung zukommen lassen. Seine Feinde, zumal die Freimaurer, verfolgten ihn wegen seiner Größe, deshalb habe der Weltbund beschlossen, einer solle „gefänglich gesetzt und ge-



prüft und zum Höchsten, Mensch-Jott“ gemacht werden. So habe es die Bibel bereits bestimmt, er solle in „unterirdische Löcher“ hineinsehen und an den „Sand des Meeres (Anstalt R.) kommen. Daneben gehen zahlreiche kombinatorische Umdeutungen von Bibelstellen und Zahlenspielereien. Diese Angaben stellen jedoch tatsächlich nichts Neues dar; sie finden sich durchweg bereits in seinen Aufzeichnungen aus den achtziger Jahren, die er jedoch bei Lebzeiten sorgfältig hütete, so daß das lange Zurückreichen jener Vorstellungen erst nach seinem Tode festgestellt werden konnte. Sein Zustand blieb unverändert bis zu seinem Tode im Alter von fast 90 Jahren. Wahnideen und Sinnestäuschungen wechselten nicht; bemerkenswert war sein gutes Gedächtnis, er zeigte keine Verschrobenheiten im Benehmen und konnte sich im Gespräche über gleichgültige, außerhalb seines Wahnsystems liegende Dinge völlig geordnet und liebenswürdig unterhalten. —

Wodurch ist nun der vorstehende Fall bemerkenswert?

Erstens durch die lange Krankheits- und Beobachtungsdauer; T. ist 54 Jahre geisteskrank bei einem Endalter von fast 90 Jahren und bringt davon 50 Jahre in Anstalten zu. Schon dies gehört zu den psychiatrischen Raritäten.

Zweitens ist auffallend die Konstanz der Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen. Erstere bewegen sich durchweg auf dem Gebiete des Gehörs, des Geschmacks und des Gemeingefühls und bleiben bis zum Tode im wesentlichen unverändert. Wenn T. bald diesen, bald jenen Ausdruck für seine krankhaften Sensationen anwendet, so ist dies noch kein Zeichen eines Variierens, sondern der Ausdruck zahlreicher Täuschungen auf verschiedenen Sinnesgebieten, von denen es ganz verständlich erscheint, daß sie bald auf diesem, bald auf jenem Gebiet mehr und in anderer Nuanzierung auftreten. Da der Kranke fast 90 Jahre alt wurde, so kann man auch nicht behaupten, daß die Lebensdauer nicht lang gewesen ist, um eine Variabilität der Sinnestäuschungen, wie sie *Koch* annimmt, in die Erscheinung treten zu lassen. Auch sind die Sinnestäuschungen verbreitet genug, um nach *Koch* eine möglichst günstige Vorbedingung für einen Wechsel zu schaffen. Trotzdem bieten sie eine auffällige Konstanz, und die Klagen des Kranken über seine Vergiftungssymptome, seine körperlichen Sensationen und seine Gehörseindrücke sind zu Beginn der Krankheit

nd im Verlauf derselben die gleichen wie kurz vor seinem Tode. 'on einem Fallenlassen einer wesentlichen Halluzination und Ersatz urch eine andere kann jedenfalls bei T. nicht die Rede sein.

Etwas anders, jedoch ähnlich, verhält es sich mit den Wahn- 'orstellungen des T. In den ersten Jahren drehen sie sich im wesent- ichen um Verfolgungsideen. Erst Jahre später treten ausgesprochene irößenideen hinzu, die T. bald zum Grafen, zum Präsidenten und Kaiser aufrücken und ihn sich 1874 als „Gottkaiser" erklären lassen.)b es sich bei dem Größenwahn um sekundäre Wahnbildung aus Vahn oder auf Grund von Gehörstäuschungen oder kombinatorischer ichlüsse handelt, ist wohl schwer zu entscheiden; jedenfalls ist hier in Variieren der Wahnvorstellungen im Sinne einer Steigerung nicht u verkennen. Nachdem aber einmal diese Idee des Gottkaisers in lem kranken Gehirn Wurzel gefaßt hat, bleibt sie fast durch 40 Jahre lieselbe und erfährt nur in ihrer Begründung und in ihren Einzel- ieiten einen gewissen Ausbau. Hierzu gehört auch die vermeintliche Mission als Erfinder, Weltsegenschaffer und Gesetzgeber, die Jahr- zehnte hindurch unverändert beibehalten wird. Es ist somit durch- aus gerechtfertigt, nach der vollen Ausbildung des Wahns, die nach seinen Aufzeichnungen zu Beginn der achtziger Jahre abgeschlossen ist — wir begegnen in späteren Schriften und mündlichen Unterredungen keinem neuen Ausdruck, keiner neuen Vorstellung —, von einer Kon- stanz der Wahnvorstellungen zu sprechen, die 30 Jahre hindurch bis zu seinem Tode in die Erscheinung tritt [1]). Daß Gehörstäuschungen und Wahnvorstellungen bei T. mit Wahrscheinlichkeit Ausdruck der geheimsten inneren Gedanken sind, sie somit also in gewissem Sinne eine Wunscherfüllung darstellen, dieser Gedanke wird sich bei den äußeren Verhältnissen des T. mit Leichtigkeit aufdrängen, wenn man auch bei einer paranoiden Psychose wohl schwer von einer „bewußten Flucht in die Krankheit", die Ersatz bietet für mangelnde äußere Umstände, reden kann.

Schließlich ist der Fall T. bemerkenswert durch seinen Ausgang. Es ist kein Zweifel, daß die Geisteskrankheit des T. zu den paranoiden Psychosen gehört, mag man sie nun als paranoide Form der Dementia

[1]) *Bleuler* berichtet in seinem Buch: Dementia praecox, Handbuch der Psych. von *Aschaffenburg*, 1911, auf S. 112 ebenfalls von einer Kranken, die eine Wahnidee 30 Jahre hindurch festgehalten hat.

praecox, als Paraphrenie oder als Paranoia chronica hallucinatoria benennen. Aber es kommt trotz des langen Bestehens — 54 Jahre hindurch — weder zu einem Abblassen der Wahnideen, noch zu einer zunehmenden Unsinnigkeit und Zusammenhanglosigkeit derselben; auch eine „Verknöcherung" des Wahns ist bei der Einbeziehung jeweiliger Zeitereignisse und Persönlichkeiten bis zum Schluß nicht zu erkennen. Ebenso kann man von einem Residualwahn nicht reden. Der Zustand bleibt an 30—40 Jahre im wesentlichen stationär und führt auch nicht zu einer Verblödung. Eine psychische Schwäche ist jedenfalls daraus nicht zu erschließen, daß hier die Vorstellungen nicht den genügenden Einfluß auf das Benehmen des Kranken ausübten — tatsächlich bestand dieser, soweit es die Verhältnisse in einer Anstalt gestatten, und zwar waren die Reaktionen in den ersten Jahrzehnten recht heftig —, oder daß etwa zwei Vorstellungsreihen, die Größenideen und Berücksichtigung der Wirklichkeit, z. B. elterliche Abstammung, nebeneinander hergehen. Wir finden dies Symptom bei Kranken mit Dementia praecox im Beginn, wo sicher noch keine Verblödung besteht, sehr häufig, es ist abhängig von der Spaltung des Bewußtseins (*Breslers* Zwiesinn) und hat *Bleuler* zu der charakteristischen Bezeichnung der Dementia praecox als „Schizophrenie" Anlaß gegeben. Verdächtig auf eine psychische Schwäche sind allerdings einige Angaben, z. B. betreffs des Verkehrs der Hohenzollern mit Waschmädchen und deren Versuch, auch ihn ähnlich zu verführen, es ist jedoch zu berücksichtigen, daß diese Wahnvorstellungen mit gleichartigen Sinnestäuschungen einhergehen, somit gefühlsbetonte Komplexe betreffen, so daß ein Schluß auf geistige Schwäche nur mit Vorsicht und nur dann gestattet ist, wenn sich auch auf anderen Gebieten derartige Schwächeerscheinungen geltend machen. Hier fehlt es aber bei T. an genügendem Anhalt. Es gibt somit sicher in seltenen Fällen Erkrankungen unter den paranoiden Psychosen, die auch bei sehr langem Bestand trotz zahlreicher Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen nicht in Verblödung übergehen. Ziehen führt in seinem Lehrbuch von der „Paranoia hallucinatoria chronica" an, daß sie nicht in Demenz ausgeht. Allgemein stimmt diese Angabe nach meinen Erfahrungen nicht, doch kann derartiges in seltenen Ausnahmefällen vorkommen, und davon gibt vorliegender Fall Zeugnis.



Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

91. Ordentliche Generalversammlung des Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 22. November 1913 in Bonn.

Anwesend sind: *Adams*, *Aschaffenburg*, *Baumann*, *Berg*, *Bernard*, *Beyer*, *Beyerhaus*, *Bickel*, *Deiters*, *v. Ehrenwall*, *Fabricius*, *Fuchs*, *Gerhartz*, *Gielen*, *Günther*, *Hermann*, *Herting*, *Herzfeld*, *Hübner*, *Kirch*, *Kleefisch*, *Kröber*, *Lenneper*, *Liebmann*, *Loeb*, *Lückerath*, *Mappes*, *Mörchen*, *Neu*, *Neuhaus*, *Peipers*, *Pelman*, *Peretti*, *Pollitz*, *Raether*, *Recktenwald*, *Rieder*, *Rosenthal*, *Rülf*, *Schaumburg*, *Schneider*-Ensen, *Schoebel*, *Schreiber*, *Schroeder*, *Siebert*, *Sioli*, *Thomsen*, *Thywissen*, *Umpfenbach*, *Voss*, *Wahn*, *Weinbrenner*, *Werner*-Bedburg, *Westphal*, *Wiehl*, *Witte*.

Als Gäste sind anwesend: Dr. *Melsheimer*-Galkhausen, Dr. *Schneider*-Cöln, Dr. *Warburg*-Cöln, Dr. *Wildenrath*-Pützchen.

Der Vorsitzende eröffnet die Sitzung und teilt mit, daß seit der letzten Versammlung gestorben sind die Mitglieder: Oberarzt *Rademacher* und Anstaltsarzt *Storck*, beide zuletzt in der Provinzial-Heilanstalt Galkhausen tätig, und der Geh. Med.-Rat und Direktor der Irrenanstalt Gehlsheim-Rostock Professor *Schuchardt*, früher II. Arzt der Provinzial-Heilanstalt in Bonn. In den Verein wird aufgenommen Dr. *Loeb*-Ahrweiler, Arzt der *v. Ehrenwall*schen Anstalten.

Zur Aufnahme in den Verein melden sich: die Assistenzärzte Dr. *Havestadt*-Düren, Dr. *Köster*-Grafenberg, Dr. *Melsheimer*-Galkhausen.

Durch Akklamation wird der bisherige Vorstand (*Oebeke*, *Pelman*, *Thomsen*, *Umpfenbach*, *Westphal*) wiedergewählt.

Es folgen die Vorträge:

Rülf-Bonn: Referat über Theorie und Entstehung der Halluzinationen.

Rülf versucht kurz die Gesichtspunkte zu kennzeichnen, welche bei der Betrachtung der Theorie und Entstehung der Halluzinationen zu beachten sind. Zunächst müsse man eine richtige Definition der Halluzination aufstellen. Am besten bezeichne man die Halluzination



als Trugwahrnehmung, da der Begriff der Sinnestäuschung bereits von der Psychologie für Phänomene in Beschlag genommen worden sei, die auch in der normalen Breite vorkommen. Der Begriff der Trugwahrnehmung bringe auch besser zum Ausdruck, daß das Prinzip der Täuschung nicht in den Sinnen, sondern in der Psyche liege. Man solle auch nicht von gegenstandlosen Wahrnehmungen sprechen, da die entoptischen und entotischen Phänomene ebenfalls gegenstandlose Wahrnehmungen bedeuten. Bei den Halluzinationen handelt es sich vielmehr um gegenstandlose Trugwahrnehmungen.

Vortragender weist dann auf die Schwierigkeiten der tatsächlichen Feststellung und klinischen Abgrenzung der Halluzinationen von anderen pathologischen Bewußtseinsphänomenen hin, und zwar zunächst von denjenigen, bei welchen ein äußerer Reiz als Ursache einer Sinneswahrnehmung vorliegt, dieser aber nicht seiner Qualität entsprechend perzipiert wird. Es handelt sich im solchen Falle um Illusionen. Sodann wird die Abgrenzung besprochen von pathologischen Phänomenen, die sich auf rein intellektuellem Gebiete bewegen, und zwar 1. von den wahnhaften Deutungen, 2. den Erinnerungsfälschungen, 3. den Konfabulationen, 4. den Träumen, 5. den hypnagogen Halluzinationen und 6. den Halluzinationen, welche in der Narkose oder in der durch Intoxikation hervorgerufenen Betäubung entstehen. In den drei letzteren Fällen handelt es sich freilich um echte Halluzinationen, aber es kommen für sie nicht die in den eigentlichen Psychosen wirkenden Ursachen in Frage. Dagegen hält es Vortragender nicht für richtig, mit Hagen die Delirien der Hungernden, Erschöpften, Schiffbrüchigen usw. abzutrennen, sofern in diesen Zuständen echte Halluzinationen vorkommen.

Vortragender geht dann dazu über, die Eigenart der Halluzination als pathologischen Erkenntnisvorganges zu betrachten, und zwar 1. vom erkenntnistheoretisch-logischen, 2. psychologischen, 3. hirnphysiologischen bzw. -pathologischen, 4. psychopathologischen Standpunkte aus. Vom ersten Standpunkte aus kennzeichnet sich die Halluzination als die zur vermeintlichen Wahrnehmung umgewandelte Vorstellung. Es kommt also im Bewußtsein des Halluzinierenden die Differenz hinzu, welche überhaupt zwischen Wahrnehmung und Vorstellung besteht. Diese Differenz ist die unmittelbare Beziehung auf einen Außenweltreiz, welche das eigentliche Kriterium der Wahrnehmung ist. Vortragender polemisiert gegen die Ansicht *Goldsteins*, nach welcher wir uns in der Wahrnehmung nicht unmittelbar auf die Außenwelt bezogen fühlen sollen, sondern vermittelst eines Schlusses, welcher sich aufbaue auf der Gesamtheit der bisherigen Erfahrungen und dem Vergleich unserer Vorstellungen mit dem augenblicklich zur Verfügung stehenden wirklichen Wahrnehmungsfelde. Dagegen sprechen zunächst psychogenetische Gründe; Tiere, die nicht urteilen und schließen, nehmen wahr, ebenso



Kinder in den ersten Lebensmonaten, in welchen sie noch gar kein Vorstellungsleben haben, mit welchem sie die gemachten Wahrnehmungen in Vergleich setzen könnten. Zuerst wird die Wahrnehmungswelt erworben und dann erst die Vorstellungswelt. Wir orientieren diese an jener, nicht jene an dieser. Trotzdem ist natürlich das Mitwirken von früheren urteilmäßig gewonnenen Erfahrungen über Wahrnehmungen und Vorstellungen im gegenwärtigen Wahrnehmungsakt psychologisch möglich, da in allen unseren Wahrnehmungen frühere Urteile mitwirken. Aber erstlich sind jene Urteile (Realitätsurteile) selbst erst entstanden auf Grund des in der Wahrnehmung sich geltend machenden unmittelbaren Realitätsbewußtseins, und zweitens spielen sie gewöhnlich bei späteren Wahrnehmungen keine ausschlaggebende Rolle. Das wesentliche bleibt immer die unmittelbare Beziehung auf die Wirklichkeit, und auch in der Halluzination findet diese unmittelbare Beziehung auf die, wenn auch nur vermeintliche, Wirklichkeit statt. Mit Rücksicht auf das häufige Schwanken der Geisteskranken in bezug auf die Realität ihrer Halluzinationen ist freilich anzunehmen, daß hier Urteile, die sich auf frühere Erfahrungen über die Realität beziehen, eine wichtigere Rolle spielen als beim normalen Wahrnehmungsakte.

Vortragender geht dann auf die psychologischen Unterschiede zwischen Wahrnehmung und Vorstellung ein und zeigt, daß keiner von diesen ausschlaggebend ist für das Wirklichkeitsbewußtsein der Halluzinierenden. Das wesentliche für dieses ist immer das in der unmittelbaren Beziehung auf die Außenwelt liegende erkenntnispraktische Moment. Von größerer Wichtigkeit ist das Moment der Intensität auf dem Gebiet der Gehörwahrnehmungen. So kann man nicht die Intensität des tatsächlich gehörten Schalles mit der des vorgestellten Schalles vergleichen. Im übrigen können die Vorstellungen noch so lebhaft sein, fehlt die unmittelbare Beziehung auf die Außenwelt, so werden sie nie den Charakter echter Halluzinationen annehmen. Sie werden sich höchstens als Pseudohalluzinationen in dem Sinne, wie sie *Kandinsky* beschrieben hat, vor das Bewußtsein stellen.

Vortragender geht dann auf den gehirnphysiologischen Standpunkt ein und zeigt gerade mit Bezug auf die Pseudohalluzinationen, wie wenig Aussicht vorhanden ist, die Entstehung der Halluzination durch einen besonders verstärkten Erregungszustand in den Sinnesstätten oder durch veränderte Leitungsverhältnisse, etwa durch eine „Reperzeption" zu erklären. Wir werden nie sagen können, wann eine verstärkte Erregung oder veränderte Leitung eine Halluzination und wann sie eine Pseudohalluzination hervorruft.

Mehr Aussicht auf die genetische Erklärung der Halluzinationen und Pseudohalluzinationen bietet der letzte Gesichtspunkt, der psychopathologische. Da wir Pseudohalluzinationen so häufig bei Psychopathen und Hysterischen finden, so liegt es nahe, für die Entstehung der Pseudo-



halluzinationen das degenerative Moment zur Erklärung heranzuziehen und im übrigen anzunehmen, daß bei Pseudohalluzinationen die funktionelle Veränderung im Gehirn, die im übrigen nicht auf einen Teil der Hirnrinde, sondern auf die ganze Hirnrinde sich erstreckt, nicht so tiefgehend ist wie bei den echten Halluzinationen.

Hübner-Bonn: Über Trugwahrnehmungen (Klinisches).

Vortr. weist zunächst auf die Schwierigkeiten hin, welche sich einer genaueren Analyse entgegenstellen. Es gelingt nicht allzu häufig, Pat. zu finden, die über das, was sie wahrzunehmen glauben, auch richtig urteilen und es exakt dem Untersucher beschreiben können.

Bei genauer klinischer Analyse kann man beobachten, wie den Halluzinationen und Pseudohalluzinationen andere Symptome vorauf- oder parallelgehen, welche beweisen, daß einzelne Sinneszentren sich im Zustande gesteigerter Erregbarkeit oder Hemmung (i. S. *Verworn*s) befinden.

In gewissen Fällen (z. B. Alkoholdeliranten!, manche Pseudohalluzinationen) spielt unvollständige oder krankhaft veränderte Wahrnehmung eine große Rolle bei der Entstehung der Trugwahrnehmungen.

Bei Zirkulären, Hysterischen und manchen Degenerierten findet man oft dieselbe Vorstellung als Halluzination und Pseudohalluzination wieder. Es ist deshalb ein rascher Übergang der Halluzination zur Pseudohalluzination zu beobachten. Bei manchen Halluzinanten ist das Realitätsurteil auch kein bedingungsloses.

Differentialdiagnostisch sind die Pseudohalluzinationen insofern von Bedeutung, als sie in zweifelhaften Fällen gegen Dementia praecox sprechen.

Unter dem Einfluß pathologischer Affekte können sich Pseudohalluzinationen gelegentlich in echte Halluzinationen verwandeln, d. h. das Urteil des Kranken über die Trugwahrnehmung ändert sich.

Schließlich weist Vortr. auf die bemerkenswerte Tatsache hin, daß auch Kranke mit Pseudohalluzinationen trotz erhaltener Kritik für das Krankhafte und Irreale der Erscheinung durchaus dem Inhalt der Pseudohalluzinationen entsprechend leben und handeln.

Diskussion. — ***Aschaffenburg*** hat Bedenken gegen die scharfe Trennung zwischen Vorstellung, Pseudohalluzination und Halluzination, wie sie von Herrn ***Rülf*** vorgetragen worden ist. Ihm wenigstens sei es häufig ganz unmöglich gewesen, diese Erscheinungen voneinander zu trennen. Die ausgeprägten Fälle der einfachen Vorstellung, einer kritisch betrachteten Pseudohalluzination und einer für unbedingt wirklich gehaltenen und nach außen verlegten deutlichen Sinnestäuschung sind allerdings durchaus verschiedene Erscheinungen. Aber in Wirklichkeit ist die Lebhaftigkeit des Vorstellungsvermögens individuell sehr wechselnd, und es gibt zahlreiche Personen, deren Vorstellungen ungemein lebendig sind. Auf der anderen Seite überwiegen bei chronisch Halluzinierenden



diejenigen, deren Stimmen und Bilder ganz verschwommen und unklar sind, und sie stehen den Erscheinungen oft durchaus kritisch oder mindestens unsicher gegenüber. Noch schwieriger wird die Scheidung, wenn man die vereinzelten Sinnestäuschungen geistig völlig gesunder Menschen hinzunimmt. Dann verwischen sich die Unterschiede so, daß *Aschaffenburg* nicht verstehen kann, worin die nach *Jaspers* zwischen Halluzination und Pseudohalluzination bestehende unüberbrückbare Kluft bestehen soll, während auch *Jaspers* die Pseudohalluzinationen und Vorstellungen nicht scharf zu trennen vermag. Wir stehen also offenbar noch am Anfang unseres Wissens, und über das eigentliche Wesen der Sinnestäuschungen fehlen uns tatsächlich vorläufig noch alle zweifellosen Anhaltspunkte.

Hübner (Schlußwort) stimmt Herrn *Aschaffenburg* bei. Er hält die von *Jaspers* vorgenommene Trennung in Pseudohalluzinationen und Halluzinationen für theoretisch wichtig, glaubt aber auch nicht, daß sie sich praktisch immer wird durchführen lassen. Er glaubt, daß das Studium der Grenzfälle (namentlich der Hysterischen und leichteren Zirkulären) am ehesten geeignet ist, über diese Frage Aufklärung zu bringen.

Rülf (Schlußwort): Da der Vortragende die Aufgabe hatte, über die Halluzination zu referieren, so kam es ihm darauf an, dieses Phänomen begrifflich und klinisch so scharf wie möglich abzugrenzen. Im übrigen gibt er Herrn *Aschaffenburg* darin durchaus Recht, daß im Bewußtsein der Patienten die Halluzination sich keineswegs regelmäßig als festumschriebenes Phänomen darstellt, daß insbesondere der Wirklichkeitscharakter der Halluzinationen sich durchaus nicht immer mit besonderer Deutlichkeit und Lebhaftigkeit im Bewußtsein der Halluzinierenden darstellt. Vortr. möchte deshalb auch die Annahme *Jaspers'* in Zweifel ziehen, welcher eine unüberbrückbare Kluft zwischen Halluzinationen und Pseudohalluzinationen konstatieren zu dürfen glaubt. Auch glaubt Vortr., daß die Zweifel des Halluzinierenden über den Wirklichkeitswert seiner Bewußtseinsgebilde sehr häufig auf jenem Schwanken seiner abnormen Bewußtseinsgebilde zwischen dem echt halluzinatorischen und pseudohalluzinatorischen Charakter beruhen und deshalb auch in jenem Urteil zum Ausdruck kommen müssen, welches *Jaspers* als psychologisches Urteil vom Realitätsurteil glaubt abtrennen zu sollen. In vielen Fällen dürfte diese Abtrennung richtig sein, dann nämlich, wenn der Patient nicht die intellektuelle Fähigkeit oder die Beobachtungsgabe hat, um seine abnormen Bewußtseinsgebilde richtig zu deuten. In den meisten Fällen dürfte aber das sogenannte psychologische Urteil identisch mit dem Realitätsurteil und sein Schwanken der adäquate Ausdruck des schwankenden Bewußtseinsgebildes selbst sein.

Herr *Loeb*-Ahrweiler: Die *Abderhalden*schen Fermentreaktionen und ihre Bedeutung für die Psychiatrie.

Einleitend gibt Ref. einen Überblick über die Geschichte der Fer-



mente, in der er sich an die neue Darstellung in *Oppenheimer*s „Fermente und ihre Wirkungen“ anlehnt. Gleichfalls in Anlehnung an dieses Buch definiert er Ferment als eine von lebenden Zellen erzeugte, labile Substanz mit der spezifischen Wirkung, bestimmte chemische Vorgänge, die an sich nur langsam, mitunter gar nicht merkbar verlaufen, unter großer Beschleunigung zu Ende zu führen. Nach einer kurzen Darstellung der wesentlichsten Eigenschaften und Merkmale der Fermente, würdigt Ref. die großen Verdienste *Abderhalden*s, die sich dieser im Verein mit seinen Schülern um den Ausbau der Lehre des Stoffwechsels erworben hat. Um in die physiologisch-chemischen Gedankengänge *Abderhalden*s einzuführen, gibt Ref. auch einen Überblick über die verschiedensten Methoden, deren sich *Abderhalden* bei seinen Fermentstudien bedient: Fermenthydrolyse läßt sich ohne besondere Vorkehrungen dann verfolgen, wenn man solche Polypeptide untersucht, an deren Aufbau in Wasser schwer lösliche Aminosäuren beteiligt sind, z. B. Tyrosin; wird abgebaut, dann fallen Tyrosinkristalle aus. Der Nachweis von Fettspaltungen geschieht nach *Michaelis* und *Rona*. Da die Fette viel stärker oberflächenaktive Körper sind als ihre Spaltprodukte (Alkohole und Fettsäuren), läßt man das Gemisch aus einer Kapillare fließen und beobachtet die Änderung der Tropfenzahl. Die sogenannte „optische Methode“ und das „Dialysierverfahren“ setzt Ref. als so bekannt voraus, daß er nur kurz das Wesentliche rekapituliert.

Als Vorläufer der *Abderhalden*schen Arbeiten erwähnt Ref. *Weinland*, der schon gefunden hatte, daß nach parenteraler Zufuhr von Rohrzucker Invertase im Blut auftritt; *Oppenheimer*, dem auffiel, daß sowohl injiziertes fremdes Serum als auch Eiereiweiß im Körper verschwindet, ohne im Harn zu erscheinen, und der infolgedessen schon 1903 von einer „Verdauung in der Blutbahn“ sprach; *Hübner*, der durch seine Experimente zu der Annahme kam, daß sich unter dem Einfluß körperfremder Eiweißstoffe im Blute ein darauf eingestelltes Ferment bilde. Der exakte Beweis hierfür systematisch und auf breiter Basis ist aber erst von *Abderhalden* und seiner Schule gebracht worden, wofür Ref. zahlreiche einzelne Experimentalarbeiten als Dokumente anführt.

Fauser gebührt das Verdienst, die Fermentmethoden in die Psychiatrie eingeführt zu haben. Nach ihm haben noch etwa ein Dutzend Institute Arbeiten über serologische Befunde bei Geisteskranken veröffentlicht. Deren Ergebnisse werden referiert und kritisch beleuchtet. Ref. wirft die Frage auf: Für den Fall, daß es Fermente gibt, die imstande sind, „unabgebautes, unvollständig abgebautes oder falsch abgebautes“ Organeiweiß abzubauen, sind diese Fermente darum fähig, das Organeiweiß in der Form, wie wir es ihnen im Dialysierverfahren und optischen Verfahren anbieten, anzugreifen? *Abderhalden* sagt hierzu, im Gleichnis sprechend [1]):

[1]) *E. Abderhalden*, Abwehrfermente des tierischen Organismus. 2. Aufl. S. 92. 3. Aufl. S. 97.



„Wir können mit einem auf ein bestimmtes Schloß eingestellten Schlüssel dieses auch dann noch aufschließen, wenn es in weitgehendem Maße zerstört und verändert ist, wenn nur noch der Schlüssel in die Führung paßt und den Riegel zurückbringen kann. Der ganze übrige Anteil des Schlosses kann dabei von Grund aus verändert sein." Wenn Ref. das auch vollkommen zugibt, glaubt er doch nicht, daß, wenn er etwa ein Schloß einschmilzt, gerade das Schlüsselloch und die Führung unversehrt bleiben. Ferner weist er auf einen Widerspruch hin, in dem sich *Abderhalden* mit sich selbst befindet. Um Zweiflern klarzumachen, daß eine unglaubliche Spezifität der Eiweißstoffe möglich ist, berechnet er einerseits die Kombinationsmöglichkeit der etwa 20 bekannten Aminosäuren nach Millionen und Abermillionen. Sucht er aber die von ihm selbst empfundene Schwierigkeit zu erklären, daß dieselben Fermente die Organpeptone — nämlich im optischen Verfahren — und das koagulierte Organeiweiß — nämlich im Dialysierverfahren — angreifen, dann genügt es ihm, daß dieselbe Gruppe, auf die das Ferment eingestellt ist, in beiden vorhanden ist. Solche kritische Überlegungen mahnen, den Schwerpunkt der Betrachtung auf die Konstanz der Ergebnisse zu legen. Nun haben *Winiwarter* und *Werner* von einem Serum Schwangerer 10—12 verschiedene Proben mit Plazenta angesetzt und nie konstante Resultate gefunden. Ref. selbst hat bei seinen Untersuchungen 10 mal Serum desselben Patienten mit drei verschiedenen Schilddrüsen angesetzt und nur 2 mal übereinstimmende Ergebnisse erhalten; sonst herrschte ein buntes Durcheinander, da die positiven und negativen Resultate sich zu allen Variationen kombinierten. Hiermit stimmt überein, daß die verschiedenen Autoren ganz divergierende Ergebnisse beim Schilddrüsenabbau der Schizophrenen angeben.

Ref. wendet sich dann gegen die von einigen Autoren geäußerte Ansicht, jetzt schon der *Abderhalden*schen Reaktion ein Gewicht bei der Diagnosestellung beizumessen. Ebenso hält er es für verfrüht, therapeutische Pläne auf Grund der *Abderhalden*schen oder *Fauser*schen Anschauungen aufzubauen, und führt an dem Beispiel der Kastration aus, daß sich mindestens soviel dagegen wie dafür vorbringen läßt.

Ref. ist mit Absicht etwas einseitig negierend geblieben, betont aber zum Schluß ausdrücklich, daß es sich weiter verlohnt, mit der Methodik resp. mit verbesserter Methodik an einer Serologie der Geisteskrankheiten zu arbeiten.

Diskussion. — *F. Sioli*-Bonn berichtet über seine Untersuchungen mittels des Dialysierverfahrens:

Es wurde abgebaut	Gehirn	Hoden	Schilddrüse	Leber	Niere
bei 10 Fällen von Paralyse	7	4	4	5	5
bei 6 Fällen von manisch-depressivem Irresein..	0	0	1	3	2
bei 14 Fällen von Dementia praecox	8	2	1	8	5



Wenn auch ein sinnfälliger Unterschied von manisch-depressivem Irresein und Dementia praecox unverkennbar ist, so scheint doch der spezifische Abbau nach dem *Fauser*schen Schema durchaus nicht die Regel zu sein. Äußerste Sorgfalt bei der Methode und Vorsicht in der Verwertung der Befunde ist nötig. Eine praktische Verwendung in der Diagnostik wäre verfrüht. Zunächst handelt es sich darum, in Einzelfällen das Auftreten und den Verlauf der durch die Methode nachgewiesenen Störungen zu verfolgen.

Moerchen-Ahrweiler: Sowohl die bisherigen Veröffentlichungen über die Fermentreaktion bei Psychischkranken wie auch die Resultate, die der Vortr. in unserer Anstalt erzielte, lassen noch ein sehr widerspruchsvolles Verhalten der Reaktion erkennen. Aber wir dürfen deshalb nicht allzu skeptisch werden. Denn eine Tatsache hat sich mit solcher Konstanz ergeben, daß sie schon jetzt als ein diagnostisches Hilfsmittel angesprochen werden darf: Das fast ausnahmlose Fehlen jeder Abbaureaktion bei den Psychosen und Neurosen, die wir als „rein funktionelle" allerdings schon lange zu bezeichnen pflegen, und das fast ebenso ausnahmlose Vorhandensein irgendeiner oder mehrerer Reaktionen bei den „organischen" Psychosen mit Persönlichkeitszerfall. Jedoch müssen wir uns bis jetzt noch sehr hüten, die serologische Methode bei der Diagnose zweifelhafter Fälle über die klinische zu stellen.

Es muß als recht bedauerlich bezeichnet werden, daß man schon jetzt hie und da angefangen hat, von den „therapeutischen Aussichten" zu reden, die aus dieser bislang doch wirklich nur diagnostische Möglichkeiten eröffnenden und vor allem theoretisch interessanten Methodik hervorgingen. Wenn solche voreiligen optimistischen Äußerungen in die Presse gelangen, so werden sie Mißverständnisse erwecken, die in verschiedenster Hinsicht unangenehme Folgen haben können. Tatsächlich fehlt uns bisher jeder Anhaltpunkt dafür, daß wir es mit einer „causa nocens" zu tun haben, wenn wir bei manchen Psychosen im Blute Abwehrfermente finden. Wir wissen nicht, ob diese Fermente ätiologisch überhaupt eine Bedeutung haben, ob nicht sie oder die Dysfunktion gewisser Drüsenorgane, die durch das Vorhandensein der Fermente wahrscheinlich wird, die wir damit aber noch keineswegs irgendwie definieren können, nur Begleiterscheinungen des psychotischen Prozesses sind, die therapeutisch gar keine Bedeutung haben. Therapeutische Versuche sind m. E. zwecklos, solange wir über die Art und die ätiologische und pathognomische Bedeutung der Abbauvorgänge noch völlig im Dunkeln tappen.

Wiehl-Bedburg-Hau: Einige Fälle von Encephalopathia saturnina.

Vortr. gibt einen kurzen Überblick über die geschichtliche Entwicklung und den jetzigen Stand der Lehre von den Bleivergiftungen des Gehirns und berichtet anschließend über fünf solche selbst beobachtete



Fälle. Zum Schluß führt er aus, daß diese Fälle von Bleivergiftung in nächster Zeit dadurch an praktischer Bedeutung gewinnen werden, daß sie voraussichtlich bald als entschädigungspflichtige Unfälle gelten werden. Da nach den von dem Abgeordneten Becker und Genossen (Zentrum) in der vorletzten Sitzungsperiode des deutschen Reichstages am 5. Februar 1913 der Antrag eingebracht wurde, „der Bundesrat möge baldigst von der ihm durch den § 547 der RVO. erteilten Ermächtigung Gebrauch machen", und da der § 547 der RVO. laute, „durch Beschluß des Bundesrates kann die Unfallversicherung auf bestimmte gewerbliche Berufskrankheiten ausgedehnt werden. Der Bundesrat ist berechtigt, für die Durchführung besondere Vorschriften zu erlassen", sei jetzt die Aufnahme dieser gewerblichen Erkrankung in die Unfallgesetzgebung zu erwarten. In England, Frankreich, Österreich und der Schweiz seien jetzt schon die gewerblichen Berufskrankheiten als entschädigungspflichtige Erkrankungen den Unfällen sui generis gleichgestellt. Er bespricht dann noch kurz die allgemeinen Hirnerscheinungen und die Herdsymptome der saturninen Gehirnerkrankung in ihrer differentialdiagnostischen Bedeutung gegenüber anderen Hirnerkrankungen.

(Der Vortrag erscheint ausführlich anderweitig.)

Dr. *Lückerath*-Bonn: Über Intelligenzprüfungen, namentlich nach der *Binet-Simon*schen Methode.

Bei einer Intelligenzprüfung handelt es sich darum, festzustellen, ob jemand geistig geschwächt ist oder eine normale Intelligenz besitzt. *William Stern* definiert die Intelligenz als die allgemeine Fähigkeit eines Individuums, sein Denken bewußt auf neue Forderungen einzustellen; sie ist nach ihm allgemeine geistige Anpassungsfähigkeit an neue Aufgaben und Bedingungen des Lebens. Die eine Methode der Intelligenzprüfung besteht in der Feststellung der Kenntnisse, des geistigen Besitzes: die andere in der Feststellung, wie der betreffende seine Kenntnisse verwertet, damit operiert. Die erste Methode ist, streng genommen, keine Intelligenzprüfung, nur insofern, als wir von jedem Menschen ein gewisses Maß von Kenntnissen verlangen dürfen, wobei freilich nicht zu vergessen ist, daß der geistige Besitz je nach Bildung, Stand, Milieu verschieden ist. Alle Untersucher haben daher neben Fragen nach dem geistigen Inventar in ihre Methoden auch Fragen aufgenommen, die die eigentliche Intelligenz treffen sollen; es gibt eine Anzahl Methoden, z. B. die Assoziationsmethode, die Definitions- und Kombinationsmethode nach *Ebbinghaus*, *Masselon*, die Reproduktion von Erzählungen, die Unterschiedsfragen, die Kritik absurder Sätze usw. *Aschaffenburg*, *Ziehen*, *Sommer*, *Heilbronner*, *Ranschburg* und andere verdienen hier Erwähnung.

Die große Anzahl der Methoden beweist, daß keine völlig genügt. Das ist auch nicht möglich; alle treffen die eine oder andere Seite der Intelligenz, und unter Anwendung mehrerer kann man ein Bild der Intelli-



genz gewinnen. Es fehlt uns aber noch die Kenntnis, was wir eigentlich an Intelligenz vom normalen Menschen erwarten dürfen. Die Untersuchungen *Rodenwalds*, *Schultzes*, *Rühs'* haben gezeigt, daß der geistige Besitzstand von normalen Soldaten ein außerordentlich geringer ist. Noch schwieriger wie die Prüfung des Besitzes ist die Prüfung der eigentlichen Intelligenz, die Untersuchung, wie sich der Erwachsene zu neuen Anforderungen verhält. Sprachliche Gewandtheit, Bildung, Stand, Milieu spielen eine große Rolle; die Verhältnisse sind bei den Erwachsenen zu verschieden und gestatten nicht ohne weiteres einen Vergleich miteinander.

Will man eine Intelligenzprüfungsmethode aufstellen, so muß man zunächst Menschen prüfen, die unter einigermaßen gleichen Verhältnissen leben, und die ziemlich gleiche Entwicklungsbedingungen haben. Das sind die Kinder, und wir müssen versuchen, ein Maß für die Intelligenz der Kinder zu finden, und versuchen, auf diesem Wege weitergehend Maße für die Erwachsenen zu finden.

Der französische Psychologe *Binet* hat nun in Gemeinschaft mit dem Arzte *Simon* zur Prüfung der kindlichen Intelligenz eine Staffelmethode aufgestellt, eine abgestufte Testserie für das dritte bis dreizehnte Lebensalter. Als Test wird jede Frage, Aufgabe zur Prüfung der Intelligenz bezeichnet. Für jedes Lebensalter wurden eine bestimmte Anzahl Tests aufgestellt. Diese mußten gerade für dieses Alter charakteristisch sein, also von normalen Kinder dieses Alters gelöst werden; sie mußten einfach in ihrer Anwendung sein, durften die Kinder nicht ermüden; sie mußten meßbar sein. Die Tests sind dem Schulwissen entnommen, ferner dem Wissen, welches sich das Kind außerhalb der Schule erwirbt, und schließlich sind es reine Intelligenzleistungen; einzelne sind unabhängig von der sprachlichen Gewandtheit; manche sind zu schwer, manche sind zu leicht; bis zu einem gewissen Grad lassen sie sich kompensieren.

1908 stellten *Binet* und *Simon* ihre erste Reihe auf; für jede Altersstufe 5—7 Tests; 1911 änderten sie ihre Methode etwas, schufen für jede Altersstufe gleich viel Tests, nämlich 5; ferner änderten sie die Tests für die 11, 12, 13 jährigen und schufen neue Tests für die 13 und 15 jährigen.

Eine gewisse Übung ist bei Anwendung der Methode nötig; bei der Bewertung der Antworten mit plus oder minus ist eine gewisse Ungerechtigkeit nicht immer zu vermeiden, die Nuancen der Antworten kommen nicht zur Geltung; dem subjektiven Ermessen des Prüfenden ist ein ziemlicher Spielraum gelassen.

Jedes Kind löst Tests aus verschiedenen Jahrgängen; als Grundlage dient die Altersstufe, von der alle Tests gelöst werden; dann prüft man die Tests der höheren Jahrgänge, für je 5 gelöste Tests, die natürlich aus verschiedenen Altersstufen herrühren können, wird ein Jahrgang zugeschrieben. Ein Kind, das alle Tests der 8 jährigen löst und von den 9 jährigen 3, von den 10 jährigen 2, hat das Grundalter 8 und bekommt für die weiteren 5 gelösten Tests noch ein Jahr zugeschrieben, hat also



das Intelligenzalter 9; das heißt, die Intelligenz des Kindes ist gleich der eines 9 jährigen normalen Kindes. Dies Alter nennt man das Intelligenzalter. Dies ist eigentlich auch etwas verschiedenes, je nachdem, aus welchen Jahrgängen die über das Grundalter hinaus gelösten Tests stammen; die Streuung ist bei den Kindern eine verschiedene und bei schwachsinnigen Kindern größer wie bei normalen; es ist ein Mangel der Methode, daß die Ungleichartigkeit der gelösten Tests in der Bewertung nicht zum Ausdruck kommt. Ein Bild von der Intelligenz gibt erst das Verhältnis von Intelligenzalter zum Lebensalter, der sogenannte Intelligenzquotient. $\frac{\text{I. A.}}{\text{L. A.}} = 1$ bedeutet normale Verhältnisse, $\frac{\text{I. A.}}{\text{L. A.}} > 1$ bedeutet einen Vorsprung, $\frac{\text{I. A.}}{\text{L. A.}} < 1$ bedeutet einen Rückstand der Intelligenz. Der I. Quotient hat natürlich nur eine Bedeutung, solange noch eine Intelligenzentwicklung statthat.

Ein Test ist dann für eine Lebensstufe normal, charakteristisch, wenn er von 75% der Kinder dieses Alters gelöst wird.

Die Methode ist von Deutschen, Holländern, Amerikanern, Franzosen usw. nachgeprüft worden; man kann mit ihr in ½ Stunde bei normalen, in ¾ Stunden bei schwachsinnigen Kindern das Intelligenzalter bestimmen. Die Hälfte der Kinder steht auf dem Niveau ihres Alters, etwa ¼ hat einen Vorsprung, ¼ einen Rückstand in seiner Intelligenzentwicklung. Intelligenzprüfung und Schulleistungen entsprechen sich, wie erklärlich, nicht völlig. Auch eine verschiedene Begabung bei beiden Geschlechtern hat sich ergeben.

Die Methode ist für die Kinder der unteren Volksklassen bestimmt und bedarf zur Anwendung für Kinder besserer Stände noch einer Modifikation.

Die Differenzierung nach Jahresklassen ist eine zu grobe; es macht sich ein Bedürfnis nach Zwischenstufen, etwa von ½ Jahre geltend.

In Deutschland ist die Methode von *Bobertag* eingeführt worden; man muß sich nach seiner für deutsche Verhältnisse angepaßten Modifikation richten. *Chotzen*, *Cramer*, *Bloch* und andere haben sie besonders geprüft und für zweckmäßig befunden.

Bei schwachsinnigen Kindern hat sich ergeben, daß ihre geistige Entwicklung verlangsamt ist, durchschnittlich um 2—4 Jahre, und daß die Entwicklung früher zum Stillstand kommt wie bei normalen Kindern. Die Debilen überschreiten das Intelligenzalter 9—10 nicht, die Imbezillen das von 7 nicht und die Idioten das Intelligenzalter von 3—4 nicht. Namentlich deutlich zeigt sich der Rückstand bei den Tests, die eigentliche Verstandesleistungen darstellen.

Reizvoll ist bei der Anwendung der Methode, daß eine Anzahl von Problemen auftauchen, deren Lösung der Zukunft noch vorbehalten ist.

Wünschenswert ist ein Ausbau für die Entwicklungsjahre; in weiter

Ferne liegen gute Tests für Erwachsene. Über ein Tasten und Suchen ist man bisher noch nicht herausgekommen. Bei Kindern von 14—16, 17 Jahren kann man die Tests nicht selten mit gutem Erfolg anwenden; davon habe ich mich selbst bei der Untersuchung von etwa 100 Fürsorgezöglingen überzeugt. Auf Erwachsene lassen sich die Tests nicht anwenden; ein erwachsener Imbeziller ist doch etwas ganz anderes wie ein 7 jähriger normaler. Für Erwachsene mit erworbenen Defekten kommt die Methode überhaupt nicht in Betracht.

Man kann sagen, daß der Grundgedanke der *Binet-Simon*schen Methode mit ihrem staffelförmigen Aufbau der Tests für die verschiedenen Lebensjahre ein guter ist; die Zukunft wird uns noch weitere Vervollkommnungen und vielleicht eine Ausdehnung der Methode auf höhere Lebensstufen bringen.

Bei der forensischen Beurteilung jugendlicher Personen kann sie gelegentlich gute Dienste leisten, wenn es sich um die Frage handelt, ob der jugendliche die erforderliche Einsicht (§ 56 StGB.) in sein Handeln hat. Es kann von Wert sein, wenn wir z. B. bei 14 oder 15 jährigen dem Richter sagen können, daß der Junge das Intelligenzalter etwa eines 10 oder 12 jährigen hat. Die Frage der Zurechnungsfähigkeit hängt natürlich nicht nur von der Intelligenz ab; bei schwachsinnigen jugendlichen ist die Methode aber von Wert, weil sie eine bessere Unterlage zur Beurteilung gibt, als uns bisher zur Verfügung stand.

Diskussion. — *Aschaffenburg* hält es für nicht ganz unbedenklich, die *Binet-Simon*sche Methode in der Weise zu benutzen, daß die Intelligenz eines Menschen mit dem Intelligenzalter verglichen und daraus die zivil- oder strafrechtlichen Schlußfolgerungen gezogen werden. Bei demjenigen, der in der Welt lebt, bleiben zahlreiche Kenntnisse haften, die seiner Befähigung, mit dem Leben fertig zu werden, doch wertvolle Hilfe leihen können, auch wenn seine Intelligenz an und für sich sehr gering ist. Außerdem spielt besonders bei der Geschäftsfähigkeit die praktische Veranlagung, die mit Hilfe der sonst so ausgezeichneten Methode doch nicht genügend hervortritt, eine große Rolle. Damit soll nichts gegen die Methode selbst gesagt sein, die besser als alle anderen die Prüfung der Kenntnisse mit der Prüfung der Auffassungsfähigkeit und des Urteils verbindet.

Dr. *Warburg*-Cöln: Als Hilfsschularzt habe ich seit Jahren zahlreiche Intelligenzprüfungen an Hilfsschulkindern sowie an Kindern der Normalschule vorgenommen. Anfangs habe ich mir die Tests selbst auswählen müssen; namentlich den Farbentest habe ich schätzen gelernt und habe seinerzeit meine Erfahrungen über das Farbenbenennungsvermögen der Kinder in der Münch. med. Wschr. ausführlich mitgeteilt. Einen bedeutenden Fortschritt brachten die Untersuchungen von *Binet-Simon* über die Intelligenzprüfung bei Schulkindern, und ich kann das günstige Urteil des Herrn Vortragenden nur bestätigen. Auf Grund der *Binet*schen



Methode wird noch ein weiterer Ausbau der Intelligenzprüfung sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen möglich sein. Die *Binet*schen Tests sind Alternativtests, das heißt, das Resultat wird mit „ja" oder „nein" registriert. Die Tests sagen aber meist noch viel mehr aus. Der qualitative Unterschied der Einzelresultate ist zu verschieden und zu wichtig, um nicht für die Beurteilung der Intelligenz in die Wagschale geworfen zu werden. Ich mache daher bei den einzelnen Testergebnissen möglichst genaue Aufzeichnungen, die sich mir nachher bei der Beurteilung der Gesamtintelligenz von großem Werte erwiesen haben. Man muß sich bei der Bewertung der Tests stets vor Augen halten, was man unter „Intelligenz" versteht. Wenn wohl heute keiner in der Lage ist, eine genaue Bestimmung von dem Wesen der Intelligenz zu geben, so haben wir doch, meiner Meinung nach, in der Intelligenzerklärung von *W. Stern* eine gute Arbeitshypothese, wenn auch *Meumann* dieselbe wegen ihres teleologischen Inhaltes verwirft. Ich habe mich daher gefreut, vom Herrn Vortragenden zu hören, daß auch er die Begriffsbestimmung der Intelligenz von *Stern* seinen Untersuchungen zugrunde gelegt hat. Mit der Hypothese von *Stern* kann man ausgezeichnet arbeiten, namentlich, wenn man sich bei der Bewertung der Tests im einzelnen Falle noch klar macht, ob es sich im Sinne von *Meumann* um einen „Entwicklungs"- oder um einen „Milieu"- oder um einen „Begabungs"-Test gehandelt hat. Mit der *Binet-Simon*schen Methode erzielt man schöne Resultate bei der Auswahl derjenigen Kinder, die eventuell in die Hilfsschulen überwiesen werden sollen. Man kann ziemlich sicher durch die Berechnung des Intelligenzquotienten einmal die Kinder bezeichnen, die geistig so tief stehen, daß sie nicht in die Hilfsschule aufgenommen werden können, dann auch die Kinder, die wegen ihres hohen Intelligenzquotienten nicht in die Hilfsschule gehören. Die Berechnung des Intelligenzquotienten der Schüler einer Hilfsschulklasse gibt die beste Übersicht über das eigenartige Material einer solchen Klasse. Die Intelligenzprüfung nach *Binet-Simon* stellt ein wertvolles Glied in der Reihe der Untersuchungsmethoden dar, die uns die Diagnose „Schwachsinn" ermöglichen. Als eine Verkennung der psychiatrisch-ärztlichen Tätigkeit des Hilfsschularztes muß ich es daher bezeichnen, wenn Lehrer, wie z. B. in Cöln, die Forderung aufgestellt haben, daß der Hilfsschularzt bei der Einweisung des Kindes in die Hilfsschule dasselbe wohl körperlich und anamnestisch untersuchen soll, daß aber die Intelligenzprüfung nicht von dem Arzte, sondern von dem Lehrer vorgenommen werden soll.

Lückerath (Schlußwort): Die Ausführungen *Aschaffenburg*s kann ich nur bestätigen; die kurze, mir zu Gebote stehende Zeit gestattete mir leider nur eine Andeutung über den eventuellen Wert der Methode in Foro. Dabei habe ich mich ja auch in demselben Sinne schon ausgesprochen. Mit dem Herrn Kollegen *Warburg* stimme ich darin überein, daß die Tests dem Untersucher viel mehr sagen, als die Antworten mit plus oder minus



anzeigen. Eine genauere Bewertung der Antworten wird daher nötig werden. Für die Auswahl der Kinder, die in die Hilfsschule gehören oder nicht mehr in sie hinein passen, ist die Methode sehr praktisch. Sie gehört in die Hand des Arztes oder muß von ihm wenigstens, wenn sie geübten Lehrern übertragen wird, kontrolliert werden.

Umpfenbach.

---

143. Sitzung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 14. März 1914.

Anwesend: *Ascher*-Berlin, *Bendixsohn*-Berlin a. G., *Borchardt*-Berlin a. G., *Bratz*-Dalldorf, *Bunnemann*-Ballenstedt, *Forster*-Berlin, *Gallus*-Potsdam, *Heine*-Dalldorf, *Kramer*-Berlin a. G., *Hans Laehr*-Schweizerhof, *Lahse*-Potsdam, *Lehmann*-Schöneberg a. G., *Lewinstein*-Schöneberg, *Liepmann*-Dalldorf, *Plaskuda*-Lübben, *W. Sander*-Dalldorf, *Schmidt*-Wuhlgarten, *Schmitz*-Neuruppin, *Seelert*-Berlin a. G., *Spliedt*-Waldfrieden, *Stelzner*-Charlottenburg, *Ulrich*-Berlin a. G., *Viedenz*-Eberswalde, *Wasserfall*-Berlin a. G., *Wernecke*-Schlachtensee, *Werner*-Buch, *Zinn*-Eberswalde. Vorsitzender: *Sander*-Dalldorf.

L. Borchardt-Berlin: Demonstration einer 46 jährigen Frau, die an periodischer Trunksucht leidet. Die Pat. ist hereditär insofern belastet, als ein Bruder an Enuresis gelitten hat und später Potator (nicht dipsoman) geworden ist. Der Mann der Pat. war gleichfalls Potator und befindet sich jetzt wegen Paralyse in einer Anstalt. Die Kranke selbst hat als 9 jähriges Mädchen einen Fuguezustand durchgemacht: sie lief aus Furcht vor Strafe fort und irrte 3 Tage und Nächte im Wald umher, bis sie von einem Förster aufgegriffen wurde. Sonst war Pat. nie ernstlich krank, hat speziell niemals an Krämpfen oder Verstimmungen gelitten. Mit 19 Jahren akquirierte sie anscheinend eine Lues, wurde aber nicht behandelt. Durch ihren Mann wurde sie angeblich zum Alkoholismus verführt und hat viele Jahre täglich Schnaps und Bier zu sich genommen. Auch das Rauchen hat sie sich angewöhnt und raucht täglich etwa 5 Zigarren. Vor 7 bis 8 Jahren bekam sie körperliche Beschwerden durch ihren chronischen Alkoholgenuß (Vomitus matutinus usw.) und versuchte, sich den Alkohol abzugewöhnen. Es gelang ihr das anscheinend für ein paar Monate, dann aber erkrankte sie an periodisch auftretenden Verstimmungen, in denen es sie zum übermäßigen Alkoholgenuß trieb. Sie schildert in typischer Weise eine initiale Verstimmung, Unruhe, Angst, die sie von Hause forttreibt, so daß sie ihre Wirtschaft vernachlässigt und sich in den Kneipen umhertreibt. Sie trinkt in diesen Perioden fast nur Bier, sehr selten Schnaps. Abends kommt sie regelmäßig nach Hause und trinkt nachts nur Wasser in sehr großen Mengen. Die Anfälle treten



in Abständen von einigen Wochen bzw. Monaten auf und dauern 1 bis 3 Wochen. In der Zwischenzeit ist sie auch nicht abstinent, trinkt aber nur sehr mäßig.

Objektiv findet sich eine mamilläre Hypalgesie. Die Achillesreflexe fehlen. Die Pupillen reagieren zwar nicht gut, aber doch leidlich. Die Wassermannsche Reaktion ist negativ. Zell- und Eiweißvermehrung im Liquor ist nicht nachweisbar. Von subjektiven somatischen Beschwerden sei vorübergehendes Doppeltsehen erwähnt und Blasenbeschwerden im Sinne einer leichten Erschwerung.

Es handelt sich also um einen Fall von echter Dipsomanie mit primär auftretender Verstimmung. Daß eine andere Psychose die Ursache für die Trinkneigung der Patientin bildet, ist differentialdiagnostisch wohl auszuschließen. Von Epilepsie ist nichts nachzuweisen, der poriomanische Zustand in der Kindheit dürfte als einziges in dieser Richtung verdächtiges Symptom nicht beweisend sein. Die Komplikation mit dem somatischen, anscheinend metasyphilitischen, Leiden ist wohl nur eine zufällige.

Forster-Berlin: Über Amusie. — Vortr. stellt einen Pat. vor mit bemerkenswerten Störungen des musikalischen Verständnisses. Es handelt sich um einen Pat., der früher musikalisch gewesen ist, längere Zeit Vorsänger in der Synagoge war und früher auch Unterricht in Piano und Geige gegeben hat. Er hat dreimal seit November Schlaganfälle erlitten, die mit Lähmungen der rechten und linken Seite einhergegangen sind; beim zweiten und dritten Anfall waren auch aphasische Störungen vorhanden, die sich jedoch fast völlig zurückgebildet haben. Jetzt besteht keine gröbere Lähmung. Babinski ist nicht nachweisbar, jedoch leichte athetotische Unruhe in der rechten Hand mit Mitbewegungen sowie ausgesprochene Apraxie der Gesichtsmuskulatur und beider Hände bei Bewegungen aus dem Gedächtnis, während das Hantieren mit Objekten keine großen Störungen zeigt. Beim Schreiben allerdings kommt nur eine sehr ungeschickte, zittrige Schrift zustande. Das Sprachverständnis ist intakt. Pat. kann gut lesen, nur bei seltenen Buchstaben, wie x, y, z, kommen gelegentlich Fehler vor, wenn sie allein gezeigt werden. Motorisch-aphasische Störungen in engerem Sinne sind nicht vorhanden, jedoch findet der Pat. die Worte nicht immer gleich, es besteht eine stotternde und artikulatorisch erschwerte Sprache, was vor dem Schlaganfall nicht vorhanden war. Bei Bezeichnung von Bildern oder Gegenständen kommen nur ausnahmweise Verwechslungen vor, die dann bald korrigiert werden. Das Gehör ist beiderseits völlig intakt. Flüstersprache wird beiderseits auf 6 m Entfernung gehört. Alle Töne von 40 bis 500 Schwingungen werden beiderseits wahrgenommen. Die Prüfung des Musikverständnisses ergibt folgendes: Vorgespielte Melodien, die er früher gekannt hat, u. a. auch jüdische Kirchenlieder, werden nicht mehr erkannt. Pat. vermag nicht anzugeben, ob die vorgespielten Musikstücke traurig oder lustig sind, ob es sich um einen Walzer oder ein Lied handelt. Werden ihm



Noten durcheinander vorgespielt, so vermag er nicht anzugeben, ob es Unsinn war oder ein Musikstück. Werden ihm zwei einzelne Töne nacheinander angeschlagen, so kann er nicht mit Sicherheit sagen, welcher höher ist. Er macht ungefähr in der Hälfte der Fälle hierbei falsche Angaben. Von Akkorden vermag er nicht zu sagen, ob sie konsonant oder dissonant sind. Werden ihm einzelne Töne vorgespielt mit der Aufgabe, zu sagen, ob sie hoch, tief oder mittelhoch seien, so macht er grobe Fehler. G bezeichnet er als mittel, ebenso c'', c''' wird als tief bezeichnet. Er kann nicht entscheiden, ob ein oder zwei dissonante Töne gleichzeitig angeschlagen werden. Werden auf dem Tonvariator die Töne höher oder tiefer variiert, so sind seine Angaben, ob der Ton höher oder tiefer wird, fehlerhaft. Auch das Taktgefühl ist verloren gegangen. Werden mittels Metronoms verschiedene Takte eingestellt, so vermag er sie nicht zu bezeichnen, auch bei vorgespielten Melodien kann er den Takt nicht angeben; dagegen vermag er richtig zu entscheiden, ob das Ticken des Metronoms schneller oder langsamer eingestellt wird. Im Gegensatz hierzu steht, daß Pat. Geräusche sehr gut zu unterscheiden vermag. Er erkennt Bürsten, Schreiben, Feilen, Bücherblättern usw. Wenn hinter seinem Rücken drei verschiedene ihm bekannte Personen dasselbe Wort sprechen, so vermag er stets anzugeben, wer gesprochen hat. Er unterscheidet auch, ob auf den Tisch, auf Metall oder auf die Fensterscheibe geklopft wird. Obwohl er, wie schon gesagt, nicht wußte, ob die vorgespielten Töne hoch oder tief waren, gab er die Vokalqualität der Töne stets richtig an. Hohe Töne wurden stets als i, tiefe stets als u bezeichnet. Wurde ihm von derselben Person ein Lied im gleichen Takt einmal vorgesprochen, ein anderes Mal vorgesungen, so vermochte er nicht richtig anzugeben, was gesungen und was gesprochen war. Das Lesen der Noten gelang nicht mehr, auch die musikalischen Zeichen hatte er vergessen. Pat. gab an, daß er in den letzten 10 Jahren vor seinen Schlaganfällen sich um Noten nicht mehr gekümmert habe und die Zeichen und Noten schon vor dem Schlaganfall vergessen habe. Da Pat. beim Lesen der Schriftzeichen, wie !, ?, auch Fehler machte, scheinen diese Angaben nicht sicher. Pat. gab an, daß er beim Hören von Musik oder von Tönen keinerlei angenehme Empfindungen mehr habe. Werden ihm Musikstücke vorgespielt, so ist es ihm, wie wenn ein Wagen quietscht; er leidet sehr unter dem Verlust des Musikverständnisses. Intelligenz ist intakt.

Bei diesem Falle ist außer dem außerordentlich hohen Grade der Störungen des Musikverständnisses besonders bemerkenswert, daß die Vokalqualitäten erhalten geblieben waren zusammen mit dem Erhaltensein des Erkennens von Geräuschen, während die Tonhöhe nicht erkannt wurde. Hierdurch erhalten die experimentellen Untersuchungen von *Jaens* eine klinische Bestätigung. Der Fall scheint Vortr. auch zu beweisen, daß die Anschauungen derjenigen Psychologen, die glauben, daß mit einem Ton primär ein Gefühlston verknüpft sein müsse, falsch sind,



sonst müßte Pat., dem die Vokalqualität der Töne erhalten geblieben ist, doch auch noch die Gefühlstöne haben. Nimmt man, wie Vortr. das früher ausgeführt hat, an, daß der sogenannte Gefühlston nichts anderes ist wie eine Art Urteilsbildung, so ist es klar verständlich, daß beim Pat. die Vokalqualität erhalten, die sogenannten Gefühlstöne aber mit dem Urteil über die Tonhöhe verloren gegangen sind.

Diskussion. — *Liepmann*-Dalldorf fragt, ob psychogene Momente mitspielen könnten, und ob hysterische Erscheinungen bei dem Pat. sich gezeigt haben.

Forster verneint beides.

Bratz-Dalldorf hält es nicht für verständlich, daß Pat. den tiefen Ton mit u, den hohen Ton mit i bezeichnet, wenn er gar kein Empfinden für die Tonhöhe hat.

Forster erwidert, daß Pat. die Tonhöhe nicht unterscheidet, aber sehr wohl die Ähnlichkeit der Töne mit den Vokaltönen des i und u hört.

Bratz weist noch auf den Nävus des Pat. im Gesicht hin, der eine gewisse Wichtigkeit haben könnte insofern, als auch teleangiektatische Veränderungen im Gehirn sein könnten.

Forster sieht die Ursache der Schlaganfälle in einer spezifischen Infektion.

Sander-Dalldorf: Kann Pat. auf dem Klavier einen Ton anschlagen, der ihm bezeichnet wird?

Forster: Nein, er kann kein c auf dem Piano anschlagen.

Kramer-Berlin stellt drei Fälle von familiärer spastischer Erkrankung vor. Es handelt sich um drei Brüder im Alter von 14, 10 und 9 Jahren. In der Familie sind weder ähnliche Erkrankungen noch überhaupt Nervenerkrankungen vorgekommen. Die Eltern sind gesund, ebenso eine jüngere Schwester im Alter von 8 Jahren.

Bei dem ältesten Knaben begann die Erkrankung im Alter von 3 Jahren. Er fing an, auf den Fußspitzen zu gehen; allmählich bildete sich ein immer stärkerer Spitzfuß aus. Vor 3 Jahren wurde eine Tenotomie vorgenommen, die die Gangstörung etwas besserte; allmählich verschlimmerte sich jedoch die Gangstörung wieder. Auch die Arme sind in den letzten Jahren etwas steifer geworden; das Schreiben ist schlechter geworden. — Objektiv findet sich ein spastischer Gang, beiderseits Spitzfuß mit Hohlfußbildung, Spasmen in den Beinen, gesteigerte Patellar- und Achillessehnenreflexe, beiderseits Babinski. In den Händen besteht leichte Ungeschicklichkeit und leichter Tremor. Die Bauchdecken- und Kremasterreflexe sind vorhanden. Die Pupillenreaktion ist normal; die Augenbewegungen sind ungestört; es findet sich kein Nystagmus. Am Augenhintergrund findet sich temporale Abblassung und parazentrales Skotom für Farben. Die Sensibilität ist normal; die Wassermannsche Reaktion ist negativ. Intellektuell ist der Knabe etwas zurückgeblieben.

Bei dem zweiten Knaben ist seit 1½ Jahren aufgefallen, daß die Beine steifer wurden. Er wurde im Dezember wegen Halsdrüsen operiert. Es bestand danach eine rechtseitige Hypoglossuslähmung, die jedoch inzwischen wieder vollständig verschwunden ist. Der Befund ist genau der gleiche wie bei dem älteren Knaben, nur daß die spastischen Erscheinungen in den Beinen etwas weniger ausgesprochen sind als bei jenem.

Bei dem dritten Knaben ist den Eltern nichts aufgefallen. Die Untersuchung ergibt bei ihm ebenfalls den Augenbefund einer retrobulbären Neuritis. Es findet sich bei ihm beiderseits eine geringe Hohlfußbildung und rechts ein positiver Babinski.

Wir finden also bei allen drei Knaben in übereinstimmender Weise eine Kombination von spastischen Symptomen mit retrobulbärer Neuritis optica. Die spastischen Erscheinungen sind bei dem ältesten Knaben am stärksten ausgesprochen, weniger bei dem zweiten, beim dritten nur angedeutet. Der Befund ließe an eine multiple Sklerose denken, doch ist dieses in Anbetracht des jugendlichen Alters und der Familiarität unwahrscheinlich. Eine luische Erkrankung wird durch den negativen Wassermann im Blut unwahrscheinlich gemacht. Es ist anzunehmen, daß hier eine familiäre spastische Erkrankung auf heredodegenerativer Grundlage kombiniert mit familiärer Optikuserkrankung vorliegt. *H. Laehr.*

Kleinere Mitteilungen.

Die Jahresversammlung des Vereins bayerischer Psychiater findet am 2. und 3. Juni cr. (Dienstag und Mittwoch nach Pfingsten) in Deggendorf statt. Referat: Über das Pflegepersonal; Ref. *Eccard*-Frankenthal. Am 2. Tage ist die Besichtigung der neuen niederbayerischen Heil- und Pflegeanstalt Mainhofen in Aussicht genommen. Anmeldung von Vorträgen an Dr. *Rehm*, München 12, Neufriedenheim, oder Dr. *Vocke*, Eglfing bei München.

Der 24. Kongreß der Psychiater und Neurologen Frankreichs und des französischen Sprachgebiets findet vom 3. bis 7. August in Luxemburg statt. Referate: 1. Les Psychoses post-oniriques; Ref. Dr. *Delmas*. — 2. Les Maladies mentales professionelles; Ref. Dr. Coulonjou. — 3. Les lésions du corps thyroïde dans la maladie de Basedow; Ref. Dr. *Roussy*. — Anmeldungen an Dr. *Lalanne*, Dir. des Asyls Maréville bei Nancy (M.-et-M.).

Die Vereinigung katholischer Seelsorger an deutschen Heil- und Pflegeanstalten hält die diesjährige Generalversammlung am 4. August im Canisianum zu Innsbruck ab. Beginn vormittags 9 Uhr. Referate: 1. Ist der öftere Empfang der hl. Kommunion nach bedingter Absolution zulässig? Ref. Kaplan *Beuter*-Rottenmünster und Pfarrer *Simon*-Eglfing. 2. Die tägliche Krankenvisite, II. Teil; Ref. Pfarrer *Familler*-Regensburg. 3. Die christliche Caritas und die Irrenpflege; Ref. Kurator *Dumer*-Lohr. 4. Das Leben der Heiligen und die Abirrungen moderner Psychopathologie; Ref. *Familler*-Regensburg. — Am 5. August Besichtigung der Heilanstalt Hall. Nähere Auskunft bei Pfarrer Dr. *Ig. Familler*-Regensburg.

Der 3. internationale Kongreß für Gewerbekrankheiten wird in Wien vom 21. bis 26. September tagen. Eine Reihe von Referaten und Vorträgen beschäftigt sich mit der Ermüdung. Auskunft erteilt Generalsekretär Doz. Dr. *Teleky*, Wien IX, Türkengasse 23.

Die 86. Versammlung deutscher Naturforscher u. Ärzte findet vom 20. bis 26. September in Hannover statt. Für die allgemeinen Sitzungen sind folgende Vorträge vorgesehen: *Hellpach*-Karlsruhe: Die kosmische Abhängigkeit des Seelenlebens; *Lummer*-Breslau: Die Verflüssigung des Kohlenstoffes; *Stille*-Göttingen: Das tektonische Bild des deutschen Bodens; *Kubierschky*-Eisenach: Die Verwertung u. die Weiterverwendung der Kalisalze; für die Gesamtsitzung der medizinischen Hauptgruppe: *Abderhalden*-Halle: Über die Abwehrmaßnahmen des Organismus gegen blutfremde Stoffe; *Schütz*-Berlin: Die Serodiagnose in der Veterinärmedizin; *Nocht*-Hamburg: Tropenmedizinische Fragen von allgemeinerer Bedeutung; *Wieland*-Straßburg: Über Beri-Beri vom physiologisch-chemischen Standpunkt; in der gemeinsamen Sitzung beider Hauptgruppen: *Gaupp*-Tübingen: Probleme der Degeneration; *Ziegler*-Stuttgart u. *Dexler*-Prag: Probleme der Tierpsychologie. In gemeinsamen Sitzungen mehrerer Abteilungen werden u. a. sprechen *Uhthoff*-Breslau u. *Bruns*-Hannover über „Ophthalmologisches zur Hirnchirurgie" u. *Lazar*-Wien „über Kinderselbstmorde". Für den 25. u. 26. September sind Ausflüge u. Besichtigungen geplant. Geschäftsführer sind Geh. Med.-Rat Prof. Dr. *H. Reinhold*, Haltenhoffstr. 67, u. Geh. Reg.-Rat Prof. Dr. *H. Ost*, Herrenhäuser Kirchweg 19. Einführende in die (24.) Abteilung für Psychiatrie u. Neurologie: San.-Rat Prof. Dr. *L. Bruns*, Lavesstraße 6, u. Geh. San.-Rat Dr. *H. Hesse*-Ilten.

Die Internationale Gesellschaft für Sexualforschung (Präsident Geh. Regierungsrat Prof. Dr. *Julius Wolf*-Berlin) veranstaltet am 31. Oktober, 1. und 2. November d. J. in Berlin ihren ersten Kongreß.

Er wird das gesamte Gebiet der wissenschaftlichen Sexualforschung umfassen und voraussichtlich in eine biologisch-medizinische, eine sozial- und kulturwissenschaftliche, eine juristische (einschließlich der Kriminal-Anthropologie und Psychologie) und eine philosophisch-psychologisch-pädagogische Sektion geteilt werden. Die Verhandlungssprachen sind Deutsch, Englisch, Französisch; jedoch ist der Präsident befugt, für besondere Fälle auch andere Sprachen zuzulassen. Von den bisher angemeldeten Vorträgen nennen wir: Prof. Dr. *Broman*-Lund: Ursachen und Verbreitung der natürlichen Sterilität und ihr Anteil am Geburtenrückgang. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. *Fritsch*-Berlin: Thema vorbehalten. Prof. Dr. *Hans Groß*-Graz: Vergleichende Kriminalpsychologie der Geschlechter. Prof. Dr. *Ch. Klumker*-Frankfurt a. M. und Pastor *Wilhelm Pfeiffer*-Berlin: Was wird aus den Unehelichen? Prof. Dr. *Mingazzini*-Rom: Weibliche Kriminalität und Menses. Prof. Dr. *W. Mittermaier*-Gießen: Die Stellung des Strafrechts zu den Sexualdelikten im Wandel der Geschichte. Dr. *Albert Moll*-Berlin: Zur Psychologie, Biologie und Soziologie der alten Jungfer. Prof. Dr. *Sellheim*-Tübingen: Fortpflanzung



und Fortpflanzungsbereitschaft als Arbeit der Frau. Prof. Dr. *E. Steinach*-Wien: Beeinflußbarkeit der Geschlechtscharaktere. Prof. Dr. *S. Steinmetz*-Amsterdam: Der individuelle Faktor in der Rassenmischung. Geh. Reg.-Rat Prof. Dr. *Julius Wolf*-Berlin: Sexualwissenschaft als Kulturwissenschaft. — Für die Mitglieder der Gesellschaft ist die Teilnahme am Kongreß frei, Nichtmitglieder haben eine Einschreibegebühr von M. 10 zu zahlen. — Anmeldungen zum Kongreß, auch von Vorträgen, werden schon jetzt an den zweiten Schriftführer, Dr. *Max Marcuse*-Berlin W 35, Lützowstr. 85, erbeten, an den auch alle sonstigen Anfragen, betreffend den Kongreß und die Gesellschaft, zu richten sind.

Dem Verein zum Austausch der Anstaltberichte sind die unterfränkische Heil- u. Pflegeanstalt Lohr a. M. u. die Provinzial-Heilanstalt Stralsund beigetreten.

Berichtigung.

Im Aufsatz Dr. *Lomers* über Initiale Schriftveränderung bei Paralyse im vorigen Hefte sind die Schriftproben II und IV miteinander verwechselt worden. Die Schriftprobe S. 202 gehört auf S. 198 und umgekehrt.

Ferner ist im Vortrag von *Wickel*-Dziekanka über stationäre Paralyse S. 363, Zeile 11, statt Dr. *Fischer* zu lesen: Dr. *Fickler*.

Personalnachrichten.

Dr. *Otto Mönkemöller*, Oberarzt der Prov.-Anstalt Hildesheim, ist zum Direktor der Prov.-Anstalt Langenhagen ernannt.

Dr. *Eduard Schütte*, bisher in Lüneburg, ist als Oberarzt nach Hildesheim,

Dr. *Wilhelm Tintemann*, bisher in Göttingen, als Oberarzt nach Osnabrück,

Dr. *Ernst Stolzenburg*, Abt.-Arzt in Lüneburg, als Oberarzt nach Göttingen versetzt worden.

Dr. *Heinrich Kreuser*, Dir. von Winnental, ist Obermedizinalrat,

Dr. *Ernst Schultze*, Prof. in Göttingen, ist Geh. Medizinalrat,

Dr. *Wilhelm Falkenberg*, Oberarzt der städt. Anstalt Herzberge in Berlin-Lichtenberg, u.

Dr. *Karl Knörr*, Dir. der Landesanstalt Teupitz, sind Sanitätsräte geworden.

Dr. *Franz Simon*, Geh. San.-Rat, bisher Dir. der Prov.-Anstalt Lüben, hat den Kronenorden 3. Kl. erhalten.

Dr. *Franz Völker*, Direktor in Langenhagen, ist am 17. März gestorben.

Dr. *Jul. Alb. Lochner*, Hofrat, Dir. der städt. Heilanstalt Leipzig-Thonberg, ist gestorben.



Verhältnisblödsinn.

Von

Professor Dr. **E. Bleuler**, Zürich, Burghölzli.

Der Ausdruck Blödsinn bezeichnet psychische Defekte verschiedenster Art, denen gemeinsam nur das ist, daß sie ihren Träger den gewöhnlichen Anforderungen gegenüber versagen lassen. Meistens wird dabei auch vorausgesetzt, daß der Blödsinnige im praktischen Leben scheitere; wer sich da noch als tüchtig genug erweist, wird nicht gern als blödsinnig bezeichnet, auch wenn seine theoretischen Fähigkeiten im Denken und Lernen recht gering sind. Allerdings gibt es auch unpraktische Naturen, die theoretisch Großes leisten, aber ihre eigenen Angelegenheiten nicht richtig besorgen, ohne daß wir sie als blödsinnig bezeichnen möchten. Es handelt sich aber da um sehr verschiedenartige und meist komplizierte Verhältnisse. Die Leistungen auf theoretischem Gebiet z. B. bringen die Leute in Situationen, die mehr als Durchschnittsverstand verlangen, oder sie nehmen so sehr die ganze Persönlichkeit in Anspruch, daß die praktischen Aufgaben vernachlässigt werden, oder es bestehen sogenannte partielle Fähigkeiten usw.

Gewöhnlich denkt man sich unter Blödsinn nur intellektuelle Defekte. Doch gibt es auch affektive Blödsinnsformen. Angeborene oder schizophrene Apathie macht auch einen ordentlichen Verstand steril und verunmöglicht es, den Anforderungen des Lebens nachzukommen. Hochgradige Labilität des Gemütes, sei sie angeboren oder z. B. manisch-depressiv, macht ihren Träger zu einem Spielball der wechselnden Stimmungen, der kein Ziel festhalten kann und zugleich unfähig ist, sich der Umgebung anzupassen, weil er durch seine „Reizbarkeit“ beständig in Konflikt mit derselben kommt.



Bei den gewöhnlichen Blödsinnsformen sind also der Verstand oder die Affektivität oder beide ungenügend entwickelt. Ein Scheitern im Sinne des Blödsinns kann aber auch durch ein ungünstiges Verhältnis verschiedener psychischer Eigenschaften unter sich bewirkt werden, ohne daß irgend eine Funktion, für sich allein genommen, als Ursache bezeichnet werden könnte. Solche Formen von Demenz möchte ich als Verhältnisblödsinn bezeichnen. In den mir genauer bekannten Fällen existieren hierbei gewisse Anomalien der Intelligenz, die zwar an sich bedeutungslos wären, aber dadurch wichtig werden, daß bestimmte aktive Triebe besonders große Anforderungen an den Verstand stellen, die dieser nicht erfüllen kann. Selbstverständlich wird es auch vorkommen, daß gar kein „Defekt", kein Ausfall, besteht, indem eine Durchschnittsintelligenz gegenüber maßlosem Streben des Individuums versagt. Doch kenne ich keine solchen Fälle näher; sie kommen eben aus begreiflichen Gründen nicht so leicht zur psychiatrischen Beobachtung. Allgemein bekannt, wenn auch nicht genügend studiert, sind nur die Fälle, wo die überhaupt zu starke Affektivität habituell mit einem Verstande durchbrennt, der noch fähig wäre, ein Durchschnittstemperament zu zügeln. Es soll deshalb von den Verhältnisblödsinnigen ohne Defekt hier nicht die Rede sein. Dagegen möchte ich zunächst eine Gruppe von Fällen besprechen, bei denen das Verhältnis von starken speziellen Trieben zu einer bestimmten Verstandesanlage den Blödsinn bedingt.

B. v. Gudden bezeichnete die Hauptgruppe dieser Kranken bekanntlich als „höhere Blödsinnige", indem er mit diesem Namen Leute zusammenfaßte, die imstande sind, in der Gesellschaft, ev. auch in der Schule und sogar etwa in literarischen Stellungen fort zu kommen, eine gewisse Rolle zu spielen, in Wirklichkeit aber nichts neu kombinieren können und im praktischen Leben scheitern. Wie ich höre, nannte *Hoche* die nämlichen Kranken Salonidioten. Beide Ausdrücke sind sehr prägnant, aber leider mißverständlich — in einer Psychiaterversammlung, wo ich einen Vortrag über „höheren Blödsinn" angesagt hatte, war man sehr enttäuscht, weil man mir zugemutet hatte, ich werde unter diesem Titel über die Kritiken der *Freud*schen Lehre sprechen. Auch sind beide Begriffe verschieden begrenzt. Der Verhältnisblödsinn umfaßt Zustände, die nicht zum höheren Blödsinn gehören, und der letztere Begriff muß auch auf Fälle ausgedehnt werden, die als bloße Schönschwätzer nicht wohl verhältnisblödsinnig genannt werden können.



So blieb mir nichts anderes übrig, als, wenn auch ungern, einen ;en Namen vorzuschlagen.

I. Der Dichter. — Der Kaufmann A., geboren 1873, hatte 1911 ɜi Gasthöfe im Kanton Zürich, in denen er unter dem falschen Namen es Hauptmanns Falk logierte, ohne Anzahlungen verlassen. Durch ıerate suchte er Haushälterinnen gegen Kaution zur Unterstützung seine Frau, die (angeblich) bald aus einem nahen Sanatorium entsen werde. Zugleich hatte er einen sonderbaren Markenhandel angetelt, so daß er in verschiedenen Beziehungen auffiel und in Basel :haftet wurde. Dort gab er an, daß eine Stimme in der linken Schläfe ı zu diesen Handlungen treibe, wurde wegen „psychischer Entartung" unzurechnungsfähig erklärt, in den Kanton Zürich ausgeliefert und m dann zur Untersuchung ins Burghölzli.

Der Vater des Expl. war Fabrikbesitzer und scheint normal gewesen sein. Die Mutter war zwei Jahre lang melancholisch, nachher aber 'enbar wieder normal; eine Schwester und ein Bruder (ein Amtsrichter) ben sich in melancholischem Zustande das Leben genommen. Der stere war zugleich Morphinist. Sechs Geschwister sind früh gestorben, nf leben gesund. Patient fiel im Alter von sechs Jahren auf die linke opfseite und brach zugleich den linken Arm, weswegen er vom Militär ei wurde. Er wollte Pfarrer und Minister werden, versagte aber im ınften Jahre der Lateinschule in den alten Sprachen, während er z. B. ı Geschichte ausgezeichnet gewesen sei und sich für deren Helden, z. B. ıch für Napoleon, begeistert habe. An der Entlassung aus der Schule 'i auch sein häufiges lautes Lachen schuld gewesen, das er einfach nicht abe verhindern können, wenn ihm das Gesicht eines Mitschülers komisch orgekommen sei.

Er kam nun als Lehrling in ein Kolonialwarengeschäft, wo er „wegen eines hervorragenden Fleißes in allen Sparten" und seiner „wirklich eltenen Pflichttreue" und „erfreulichen Auffassungsgabe" als erster in iesem Geschäft eine Verkürzung der Lehrzeit erhielt. „Seine ausezeichneten Qualifikationen sichern ihm ein rasches Vorwärtskommen" Zeugnis des Lehrmeisters 1891).

In einem Drogeriegeschäft blieb er bald darauf kurzerhand weg, 'eil ihm der Prinzipal zu aufgeregt vorkam. Der Vater plazierte ihn dann ls Komptorist in eine Spinnerei, wo er mehr als ein Jahr blieb und wieder ehr gut qualifiziert wurde: „Eifrigster, tüchtigster Beamter, vor allem eschickt zur befriedigenden Erledigung von Reklamationen und unerquicklichen Korrespondenzen". Nebenbei versuchte er sich privatim in ünf verschiedenen Sprachen, in Klavier und Stenographie zu bilden, ndem er einen bestimmten, ausgeklügelten Stundenplan befolgte und sich len Schlaf mit Kolapastillen vertrieb.

Um seiner erkrankten Mutter und der Familie näher zu sein, verließ er „die ihm lieb gewordene Stellung" und ging in ein Kolonialwaren-



geschäft, wo er fast drei Jahre als Komptorist und Reisender blieb. Er arbeitete „mit immer gleich unermüdlichem Fleiß und seltenem Pflichtgefühl". „Seine Bescheidenheit, Anspruchlosigkeit und Zuvorkommenheit mir und meiner Kundschaft gegenüber machen ihn mir von Jahr zu Jahr schätzenswerter. Sein Drang zur Selbständigkeit nötigt mich, auf seine Mitarbeit zu verzichten. So nachteilig es für mich ist, und so leid es mir tut, daß er mit 22 Jahren ohne eigene Mittel schon selbst ein Geschäft gründet, spreche ich doch auch an dieser Stelle ihm Anerkennung und Dank für seine braven Leistungen aus und verspreche, ihn mit Rat und Tat nach Kräften im Bedarfsfalle zu unterstützen. Meiner wärmsten Empfehlung darf er in allen Fällen sicher sein." (Abgangszeugnis.)

Obschon er nicht einmal hundert Mark zur Verfügung hatte, trat er, zum ersten Mal einer inneren Stimme — wie es scheint, einer wirklichen Halluzination — folgend, aus, um eine Zuckerwarengroßhandlung zu gründen. Er habe im ersten Jahre 20000, im zweiten 65000, dann 200000 Mk. umgesetzt. Nun wuchs ihm die Sache über den Kopf, namentlich weil er überall Filialen gründete, die er beliebigen Leuten ohne Prüfung und ohne Sicherstellung übergab. So kam er, nach seiner eigenen Rechnung, bald auf 95000 Mark Aktiven und 99000 Mark Passiven. Vor Schrecken flüchtete er sich nach Paris, um dort als Schriftsteller, wie er meinte, 600—700 Fr. monatlich zu verdienen. Die amtliche Liquidation des Geschäftes ergab etwa ein Drittel des von ihm erwarteten Wertes, und Patient brachte es in Paris auf nicht mehr als sechzig bis siebzig Franken — und er hatte in bestimmter Erwartung glänzender Einnahmen nur 250 Mark mit sich genommen. Er schrieb nun eine Posse, die immerhin einige Aufführungen und drei Auflagen erlebte und ihm ungefähr die Druckkosten eintrug.

1899 nahm er eine Stelle als Geschäftsreisender in Deutschland an, verdiente 6000—10000 Mark und konnte in wenigen Jahren 11000 Mark Schulden freiwillig abzahlen. 1903 sagte ihm die innere Stimme, er könne in anderen Fabriken mehr verdienen, und nun wechselte er innerhalb kurzer Zeit die Branche und die Firmen, die er vertrat, sehr oft, so daß seine 1100 Kunden dieses Wechselfieber, wie er es nannte, nicht mitmachen konnten. 1904 drohte er einem ungeduldigen Gläubiger mit Konkurrenz, der ihn wegen Erpressung „zwei Wochen ins Gefängnis und einige Kilometer näher an die Irrenanstalt brachte" (Ausdruck des Pat. selbst).

1905 heiratete er eine offenbar recht tüchtige Frau; das Geld, das ihr Kredit ihm verschaffte, verschwand rasch, trotzdem sie ihn mit Energie und Verständnis auf solideren Bahnen zu halten suchte. Circa 1905 fing Patient allmählich an, sich mit Reklame zu beschäftigen, wofür er ein eigenes System erfand. Er verfertigte eine Unmasse von Flugblättern, ließ Hunderte von Klischees von witzig sein sollenden Zeichnungen machen, in denen Lücken für den Namen der Firma und für den empfohlenen Artikel offen gelassen waren. Er fertigte Reklameerzählungen an, nament-

lich aber dichtete er in der geschmacklosesten Weise alle unsere berühmten Dichter zu Reklamen um. Er scheint für diese Dinge, die mit kolossalem Eifer betrieben wurden, ungefähr so viel eingenommen zu haben wie ausgegeben. 1907 hatte er eine einkömmliche Stellung und die Erlaubnis, seinen „Verlobungsbeschleuniger", seine „Ehescheidungspillen" und seine Reklamesachen für eigene Rechnung zu verkaufen. Dann folgte er wieder der Stimme, verkaufte das Geschäft pro Kunde zu 6 Mark an einen Schlossergehülfen, der natürlich nichts herauszuschlagen wußte und ihn wegen Übervorteilung verklagte. Es gab nun eine merkwürdig lang dauernde gerichtliche Untersuchung. Vom psychiatrischen Experten wurde er für einen schweren Psychopathen, aber für zurechnungsfähig erklärt, vom Gericht aber wegen Unzurechnungsfähigkeit frei gesprochen in einem Stil, dem gegenüber der des Patienten der reinste Kristall ist (1910).

Nun ging es trotz rastlosen Arbeitens rapid abwärts, und schließlich beging er seine anscheinenden Delikte in total mittellosem Zustande.

Expl. war kein Trinker und rauchte auch sehr wenig, war überhaupt für seine persönlichen Bedürfnisse äußerst sparsam. Nur für Spiel, dem er etwa Nächte durch fröhnte, gab er Geld aus in der Hoffnung auf großen Gewinn. Doch schob er auch Gewonnenes oft wieder den Mitspielern zu und kam natürlich bei der ganzen Geschichte immer nur rückwärts.

Die Beobachtung in der Anstalt ergab körperlich keine erwähnenswerten Anomalien. Die tiefen Reflexe sind verstärkt, die Haltung etwas zusammengesunken, fast ängstlich, die Schrift hat mancherlei Schnörkel und Häkchen. Er unterstreicht viel und unnütz. Der Blick ist etwas unsicher, die Sprache leise, hastig, sehr rasch und wortreich, der Tonfall gleichmäßig gedämpft.

Das ganze Verhalten war ziemlich normal, nur daß Expl. etwa gereizt wurde, wenn man eines seiner vielen Schreibebedürfnisse abschlug. Die Affektivität war vielleicht etwas labil, doch schien sie noch innert normaler Grenzen. Die Modulationen entsprachen inhaltlich den Ideen. Er war leicht zu Witzen geneigt; doch war die Stimmung namentlich im Anfang der Situation entsprechend etwas gedrückt; im Hintergrund aber bestand ein unzerstörbarer, ebenso wohl affektiver wie intellektueller Optimismus. Er erwartete immer noch „reich und glücklich" zu werden. Er könne etwas Besonderes leisten, dürfe auch 60000 Mark verlieren. Alle unsere Einwände, die durch sein bisheriges Schicksal so kräftig gestützt werden, bringen seine Hoffnung nicht um. Im Assoziationsexperiment antwortet er auf „Kopf" — „ich", weil er sich für einen besonders begabten Kopf halte. Auf „dumm" reagiert er in der nämlichen Eigenbeziehung mit „unmöglich". Seine Selbsteinschätzung zeigt er auch in folgenden Worten: „Wenn man mich als krank erklärt, richtet sich das nach den Anschauungen. Es ist ein Vergnügen, sich mit mir abgeben zu müssen; ich bin ein seltener und interessanter Fall". So ist es leicht be-



greiflich und nicht als ungenügende Affektreaktion aufzufassen, wenn er seinem Schicksal gegenüber keine tragischen Gefühle aufbringt.

Sexuell scheint Expl. nach der Anamnese wie nach der Beobachtung ziemlich anspruchlos zu sein.

Der Ideengang ist sehr rasch, bringt eine Menge Neues; doch verliert er sich nicht. Es besteht keine Ideenflucht. Immerhin bewegen ihn kleine Witze und Nebensachen in einer wichtigen Angelegenheit oft so stark wie die Hauptsache, so daß man doch von einer gewissen Nivellierung der Ideen reden kann. Wenn auch keine deutlich faßbare manische Verstimmung vorhanden ist, so erinnert er doch stark an einen Manischen. (Vgl. auch unten unter Intelligenz.)

Das Gedächtnis für die Unmasse von verschlungenem Lesestoff ist glänzend. Er weiß Geschichtszahlen in Menge, hat Zitate in unheimlicher Menge zur Verfügung. Über Einzelheiten seines kaufmännischen Berufes kann er genaue Auskunft geben. Doch soll Patient ein ganz schlechtes Personengedächtnis haben und auch gute Bekannte oft nicht identifizieren.

Die gewöhnlichen Methoden der Intelligenzprüfung ergaben ein sehr gutes Resultat. Was der Durchschnittsmensch verstehen muß, das verstand Expl. Kleine Fabeln erzählte er richtig wieder, aber während der Normale das Wesentliche dadurch heraushebt, daß er das Unwesentliche wegläßt, hob er es durch hinzugefügte Erklärungen heraus, die die Erzählung erweiterten; auch fügte er nicht unrichtige, aber unnötige Ausschmückungen und Witzchen hinzu.

In Schreiben und Rede braucht er viele Phrasen und gewählte Ausdrücke, wird aber für gewöhnlich nicht unklar. Auf das Verlangen, die „Wahrheit" zu definieren, gibt er eine eine halbe Folioseite lange Erklärung, die nicht falsch ist, aber Bemerkungen enthält wie die, daß, was den einen Millionen Wahrheit, den andern Täuschung sei usw. Schlimmer ist die Definition der Liebe. Die „ist der Inbegriff der menschlichen Glückseligkeit, falls sie zwischen Mann und Weib handelt. Liebe ist die Verschönerung des menschlichen Daseins, falls sie zwischen Verwandten ihren Platz behält. Liebe ist ein idealer Begriff, der zu jedermanns Heil wie zu jedermanns Fluch ausschlagen kann, falls es sich um ideelle oder reelle Güter, wie z. B. Vaterland, Glaube, Vermögen, Souvenirs usw. handelt."

Ein starker Defekt zeigt sich aber im geschäftlichen Leben. Überall, wo er selbständig war, ist er trotz seiner enormen Arbeitskraft gescheitert, und daraus ist er erst noch unfähig den logischen Schluß zu ziehen, daß er sich in seinen Plänen etwas bescheiden sollte. Er will immer noch als Geschäftsmann und Schriftsteller und Erfinder sein Glück machen. Auch von der Anstalt aus will er noch Geschäfte machen und begreift nicht, daß das aus vielen Gründen unmöglich ist. So vorzüglich sein Gedächtnis ist für die einfachen Tatsachen seines Geschäftsbetriebes, so wenig ist er imstande, kompliziertere Verhältnisse desselben in ihren



Zusammenhängen zu erzählen. Wie die Frau berichtete, rechnete er von je her in seinen Geschäften eine gute Situation heraus, während sie in Wahrheit schlecht war. Er ist auch nicht fähig, zu begreifen, daß er durch die Kreditinanspruchnahme unter Vorspiegelung falscher Tatsachen in den Gasthöfen ein Verbrechen begangen hat. Hätte man ihn machen lassen, so hätte er, wie er meint, alles in ein paar Tagen abbezahlt. Er bleibt auch bestimmt dabei, er habe der Schweiz trotz seiner nicht bezahlten Hotelrechnungen und trotz der langen Untersuchung keinen Schaden, sondern nur Nutzen gebracht, da er während eines zehntägigen Aufenthaltes 140 Fr. verbraucht habe.

Seine Reklame besteht aus einer geistlosen Ausnutzung seines Gedächtnisses und einer gewissen Fähigkeit zu Parodien und öden Bierwitzen, die nur durch die unerschöpfliche Quantität wirkt.

In seinen Possen gibt es wirklich komische Situationen, die Witze sind recht gewöhnlich, wirken aber auch hier durch die Häufung. Auch kann er ein ganzes Gespräch aus Zitaten zusammensetzen. Es handelt sich, wie er mit einer gewissen Selbsterkenntnis sagt, um „Blödsinn, sinnig eingefaßt".

In seinen Gedichten sind einige Gefühle, einige gelungene Ausdrücke unter vielem Banalen oder recht Blödem in Form und Inhalt.

Da und dort sehen wir einige Ansätze zu Pseudologia phantastica. Die Art, wie er als Hauptmann mit einer kranken Frau mehrere Haushälterinnen mit Kaution und ein ander mal, ohne ein Auto zu besitzen, Chauffeure ebenfalls mit Kaution gesucht hat, ohne die Kaution für sich einzustecken, sieht doch recht pseudologisch aus.

Die Moral des A. ist nicht ganz schlecht. Für seine Familie möchte er sorgen. Er ist auch weder ein Verschwender noch ein Lebemann. Er nimmt es ja leicht, wenn er andere schädigt, wie er es leicht nimmt, wenn er sich selber schädigt. So bald er aber einen guten Verdienst hatte, zahlte er Schulden aus seinem Konkurse freiwillig ab. In der finanziellen Not machte er sich durch Lügen Kredit, und auch in der Untersuchung hat er versucht, zu lügen. Wo aber keine solche Not zur Unwahrheit treibt, gilt er als pflichtgetreuer Beamter.

Rätselhaft sind die Stimmen, die Patient hören will. Es scheint sich nicht um Simulation zu handeln. Die Stimme gibt ihm plötzlich Räte bei Gelegenheiten, aber im Sinne seiner inneren Wünsche: „Verkaufe dein Geschäft"! „Manuskriptle"! „Geh' nach Budapest"! usw. Es handelt sich also um eine ähnliche Erscheinung wie etwa bei der Jungfrau von Orleans, die das, was ihr ihre Intelligenz sagte, in Form von Räten der heiligen Jungfrau vernahm.

Auch die Lachanfälle, die schon in den Schuljahren aufgetreten sind und ihn lange nicht verlassen haben, hatten keinen schizophrenen Charakter. Sie sind adäquate Folgen des Ideenganges des Patienten,



der plötzlich irgend etwas komisch fand und seine labile Affektivität nicht bezwingen konnte.

Patient ist religiös und hat seiner Frau versprochen, ihr nach dem Tode zu erscheinen. Er hatte auch plötzliche Ahnungen, die nach Aussage der Frau eingetroffen sein sollen.

Am auffallendsten sind seine Einfälle; einmal habe er plötzlich bei einer Familienzusammenkunft einem Schwager eine Haarlocke abgeschnitten, und die Aufforderungen der Stimme erscheinen für sein Bewußtsein doch oft recht plötzlich, wenn sie auch mit seinen Strebungen durchaus übereinstimmen. Aber all dies genügt nicht zur Diagnose der Schizophrenie, für die wir sonst trotz allem Suchen keine Zeichen gefunden haben. Expl. hat denn auch nach der Entlassung aus der Anstalt wieder eine Stelle gefunden, die er mit den alten Hoffnungen ausfüllt (Brief vom Juni 1912).

Diesen Mann als „blödsinnig" zu bezeichnen, mag nach mancher Anschauung nicht recht passen. Patient hat als Komptorist und Reisender Leistungen, die über dem Durchschnitt stehen; gerade die schwierigeren Geschäfte konnte er gut abwickeln. Er hat sich zeitweise ein sehr gutes Einkommen verschafft; sogar in selbständiger Stellung hat er ein Geschäft rasch auf eine ungeahnte Höhe gebracht; seine Reklameerfindungen kann er immerhin verkaufen, und eine seiner Possen ist mehrfach aufgeführt worden und hat die dritte Auflage erlebt.

Es fehlt also nur wenig, so hätte er als ein besonders begabter Kaufmann, der nebenbei als Schriftsteller dilettieren kann, sein Glück gemacht. Aber gerade dieses Wenig bewirkt, daß er überall scheitert und praktisch ein Blödsinniger ist.

Seine vorübergehenden Erfolge sind zu verdanken einer seltenen Tatkraft, einem ausgezeichneten Gedächtnis und einer sehr großen Fähigkeit, das im Gehirn angehäufte Material zu benutzen und zu kombinieren.

Zum Verhängnis wird ihm sein zu weit gestecktes Ziel. Er will reich werden und zwar rasch und ist deshalb mit keiner Situation zufrieden, auch wenn er ein ziemlich sicheres Einkommen von 10000 Mark bezieht. Er muß immer wieder etwas Neues versuchen. Diesem starken Trieb gegenüber fehlt das intellektuelle Gegengewicht. Sein Verstand sagt ihm nicht, wie weit er gehen dürfe; er zieht aus der Vergangenheit keine Lehren. Und das ist begreiflich nicht nur aus der Stärke seiner Triebe, die den Verstand mit sich reißen, sondern



aus der Schwäche des Verstandes. Denn dieser versagt früher, als man nach allem erwarten sollte. Nicht nur, daß eine Selbstkritik fehlt, wie bei vielen anderen Leuten; seine Begriffe überhaupt werden unklar, sobald sie über das Einfachste hinausgehen. Er ist ein ausgezeichneter Geschäftsmann, so lange er mit einzelnen Personen von Fall zu Fall zu unterhandeln hat, und bringt Waren an den Mann, wo Andere nichts ausrichten. Wenn er aber ein Geschäft als Organismus führen soll, dann fehlt ihm auch jede Vorbedingung; hier kann er die Einzelheiten nicht mehr zusammenordnen, nicht mehr zu einem ineinandergreifenden Getriebe kombinieren. Wie der schwer Imbezille bei einem Gemälde nur die einzelnen Personen und nicht die dargestellten Situationen sieht, so fehlt ihm die Beherrschung des Ganzen. So muß er scheitern, wenn er sein ganzes Leben dirigieren soll, eine Aufgabe, die von einem Menschen mit seinen vielfachen und weitgesteckten Zielen eine weitgreifende, klare Übersicht über Zeit und Verhältnisse und nicht ein einfallmäßiges Handeln nach momentanen Detailsgelüsten verlangt. Er ist sprunghaft in seinem Handeln, nicht nur weil er seinen Affekten nachgibt, sondern auch weil er sich die Folgen nicht überlegen kann, weil er sich bei einer schlimmen Situation nur die aktuellen Unannehmlichkeiten und Schranken vorstellt, bei dem, was er wünscht, aber nur die guten Chancen. So gleicht er in gewisser Beziehung dem Paralytiker.

II. Der Naturheiler[1]). — J. H., geboren 1849. Mutter Psychopathin, Onkel mütterlicherseits Potator, ein Bruder geisteskrank. In der Schule zeigte Patient nie Lust zum Lernen, kam schlecht vorwärts, wollte entgegen dem Wunsche seiner Familie keine höheren Bildungsanstalten besuchen. Mit 20 Jahren trat er bei einem Naturarzt in die Lehre und begann kurz darauf eine unaufhörliche Betriebsamkeit zu entfalten. Vom Jahre 1870 bis 1905 gab er viele Dutzende von Broschüren und Büchern heraus, die sich besonders mit der natürlichen Lebens- und Heilweise, sexuellen und philosophischen Fragen befaßten; er griff insbesondere immer selbstbewußter die Ärzte und die diesen Vorschub leistende Regierung an; es seien hier aus einer großen Liste nur einige wenige Titel genannt:

Die Wissenschaft vom körperlichen, geistigen und sozialen Leben.
Venus und Adonis.

[1]) In diesem Falle benutze ich die Darstellung von *Hans W. Maier* in seiner Arbeit über katathyme Wahnbildung und Paranoia. Zeitschr. f. d. g. Neurol. und Psych. 1912. Or. Bd. 13, S. 555.



Einleitung in die Grundlehre der Naturheilwissenschaft.
Menschensystem.
Einleitung in die Grundlehre der Fieberbehandlung.
Die Wissenschaft vom Menschenleben.
Die totale Nichtigkeit der medizinischen Heilmethode.
Über die Ursache des geistigen Niedergangs in Presse und Literatur.
Das mechanische Prinzip des Organismus.
Die organische Kraftbildung.
Der Erlösungsgedanke, dargelegt an dem Leitfaden der gegensätzlichen Wechselbeziehungen.
Neues Programm des Geistesbundes vereinigter Wahrheitsforscher.
Die Einheit der Grundgesetze.
Lebensmagnetismus und Lebensreiz.
Nationaler Geistesbund.
Der Erlösungsgedanke der Gottheit in dem Einheitsprinzip der Natur und Geisteswelt.
Über die geheimnisvollen Trieb- und Heilkräfte der Phantasie.
Die Erziehung durch die Kunst und den nationalen Gedanken.

1883 wurden seine Schriften einmal in Deutschland mit Beschlag belegt, wahrscheinlich wegen Majestätsbeleidigung; er erhielt einige Wochen Haft. 1885 verklagten ihn einige unzufriedene Kunden wegen Betrugs. Ein zugezogener Sachverständiger erklärte ihn für geisteskrank, worauf sich der Patient den weiteren Verhandlungen durch die Flucht nach der Schweiz entzog. Durch die Unmenge von Publikationen wurde der Mann bekannt und sammelte eine Art Gemeinde um sich, die unter dem Namen „Verein der Anhänger J. H.s" über ganz Deutschland verbreitet war und fest an die große Bedeutung des Kranken glaubte. Durch seine ärztliche „Praxis", die meist schriftlich betrieben wurde, hatte er zeitweise Einnahmen von 4000—6000 Mark im Monat. Er lebte dabei komfortabel, brauchte aber nicht übermäßig für sich, sondern gab alles wieder für den Druck seiner neuen Werke und für Reklame aus. In seinen Schriften erklärte er beständig von sich selbst, daß er zu den größten Geistern aller Zeiten gehöre; er las viel, und so bestand der Inhalt seiner Publikationen hauptsächlich aus Zitaten, die er mit vielen Fremdwörtern und einer Reihe unverständlicher Phrasen aneinander reihte. Das „Prinzip", das ihn früher beherrschte, und das immer wiederkehrte, war das der „Gegensätzlichkeit". Aus ihr sollte alles Gute entstehen, alle Gesundheit und aller Fortschritt. Er gründete mit seinen nächsten Anhängern den „Lebensbund"; auch gegen diesen mußte ein Gegensatz da sein, und, da er gerade damals mit seiner Frau im Streit lag, erklärte er, daß diese einen Teufelsbund gegen ihn gegründet habe. Die Hohlheit und Unklarheit der Ausführungen des Patienten ist z. B. aus folgendem Inserat ersichtlich: „Körperliches, geistiges und soziales Elend haben Grundursachen, welche in ihrem innersten Wesen bisher noch nicht richtig erkannt

wurden. Leben ist Bewegung und diese ein Produkt von Druck („Reiz") und Gegendruck. Demgemäß kann nur aus der Aufeinanderwirkung von Gegensätzen Leben und Kraft hervorgehen. Da nun alles Lust-, Lebens- und Gesundheitsgefühl ein Produkt erzeugter Kraft ist, so kann man alle körperlichen, geistigen und sozialen Krankheiten auf gestörte Gegensätzlichkeit und die dadurch bedingte Schwäche zurückführen.

Im Hinblick hierauf kann man sagen, nichts für sich ist stark oder schön, vielmehr gründet sich alle Kraft und jede Schönheit auf den Ausgleich sich austauschender Gegensätze. Sehr anschaulich zeigt uns das ein Vergleich der unorganischen Schönheit in der künstlerischen Darstellung des menschlichen Körpers. Bleiche, eingefallene Wangen zeigen Schwäche oder Mangel an Kraftbildung in der Regel um so mehr an, je mehr die schönen Formen des Körpers zerstört sind. In verwandter Weise ruht die Kraft eines Bauwerkes oder eines Hauses auf der Schönheit des rechten Winkels, sowie dem Gleichmaß der sich aus ausgleichenden Gegensätzen bildenden Wölbung. Je baufälliger ein Haus ist, um so mehr zeigt es die Unschönheit des spitzen oder stumpfen Winkels. Der rechte Winkel befriedigt also nicht allein unser Schönheitsgefühl, sondern repräsentiert auch das Prinzip der Kraft in der Widerstandsfähigkeit. In ähnlicher Weise ist auch in dem Bauwerk des menschlichen Körpers alle Kraftbildung von künstlerischen Erregungs- oder lustbegierigen Schönheitsempfindungen abhängig.

Es ist eine zweifellose Tatsache, daß namenloses Menschenelend mit der Unwissenheit über den krafterzeugenden Austausch der Gegensätze innig zusammenhängt. Was Verstand und Gemüt als Gegensätze für das Geistesleben, das sind Nerven und Blut für das Körperleben. Je machtvoller diese Gegensätze sich erregen und in der erzeugten Spannung zum Ausgleich gelangen, um so größer ist die erzeugte Kraftbildung. Für diese ist deshalb der Grad der erzeugten Gehirn- oder Muskelspannung von grundlegender Bedeutung, weshalb auch die Gegensätze des Körper- und Geisteslebens insbesondere dann Kraft erzeugen, wenn sie in einen schmerzhaften Kampf, ähnlich wie ein von patriotischen Wallungen erregter Krieger geraten. Ein aufbrausender oder zorniger Mensch ist zu einer gesteigerten Kraftbildung fähig, weil das Blut in einen Zustand erhöhter Gährung oder Erregung versetzt ist und deshalb ein gesteigerter Austausch mit den Nerven sich vollzieht. Diesen Austausch chemischer Kräfte können wir uns an der kochenden Wirkung eines in Wasser geschütteten Brausepulvers veranschaulichen. Nerven und Blut als Gegensätze wirken in ihren Vereinigungsbestrebungen ähnlich wie ein von Flüssigkeit durchzogenes chemisches Pulver. Bei Vermischung einer gelben und blauen Flüssigkeit erhalten wir grüne Flüssigkeit, weil auch hier ein Austausch der Gegensätze sich vollzogen hat.

Es wurde eben gesagt, daß alle Kraftbildung aus dem Austausch sich spannender und im Widerstreit bekämpfender Gegensätze hervorgehe.

Demgemäß ist die soziale Frage in letzter Instanz eine Kraftfrage, da von dem Maß der erzeugten Kraft die Summe der vorhandenen Lebensgüter und Lebenswerte bedingt ist. Die Gegensätze im körperlichen, geistigen und sozialen Leben können sich insoweit austauschen, als sie durch Kampf oder Widerstreit in Spannung versetzt sind, weil ohne Druck und Gegendruck Vereinigungsbestrebungen für den Zweck des gegensätzlichen Austausches unmöglich sind.

In wie hohem Grade Störungen im Austausch der Gegensätze von Blut und Nerven schwächend auf den Körper wirken, können wir am besten bei einem sogenannten „eingeschlafenen Arm“ oder „eingeschlafenen Bein“ beobachten. Je mehr durch äußeren Druck das Blut von den Nerven abgesperrt wurde, um so größer oder umfangreicher ist auch die hierdurch hervorgerufene Empfindungslosigkeit. Wollen wir nun rein äußerlich sehen, daß eine unvollkommene Vereinigung der Gegensätze oder Stoffteile auf Schwäche hinweist, dann vergleichen wir krankes und gesundes Fleisch. Jenes ist aufgelockert, dieses fest; daß die Kraft, welche aus einer solchen Vereinigung hervorgeht, an mehr oder weniger schmerzhafte Erregungen gebunden, sehen wir jeden Tag an der Muskelarbeit, welche, wenn sie mit Maß geübt wird, das Fleisch oder die gegensätzlichen Stoffteile mit der Erregung auch fester zusammenzieht oder vereinigt.

Einheit oder Vereinigung kann aber nur soweit zur Kraftbildung in unserem Organismus führen, als eine Organisierung oder künstlerische Gliederung des sinnlichen Stoffes stattfindet. Ohne Widerspruchserregung mit Hülfe von Gegensätzen ist dies aber gar nicht möglich. Die Friedenfreunde, welche den Krieg abschaffen wollen, haben sich deshalb ein geistiges Armutszeugnis ausgestellt, weil die Organisation des Körper- und Gehirnstoffes für alle Kulturzwecke von einem unausgesetzten Kampfzustande abhängig ist. Für diesen Zweck ist auch ein unausgesetztes Widerspruchsverhältnis zwischen Wissen und Glauben notwendig. Man bekämpft in einseitiger Weise den Unterschied zwischen Nationen und Konfessionen, weil man es nicht weiß, daß nur der Kampf die formbildenden Kräfte des Stoffes entfesseln kann. Wie harmlos sind die militärischen Kämpfe gegenüber dem Hader oder Zwiespalt auf wirtschaftlichem oder geistigem Gebiet, wo man sich vergeblich nach Geistern umsieht, welche die Gesetze der Liebe oder Versöhnung, sich darstellend im Austausch des Gegensätzlichen, zu demonstrieren oder zu erklären vermöchten.

Nach den Lehren der Naturwissenschaften ist der Mensch ein einseitiges sinnliches Tier, dessen Lebenskraft sich nur in sinnlichen Betätigungen äußert. Die Formen und Geist bildende Kraft, welche sich auf Glaubensvorstellungen an die Macht der Persönlichkeit stützt, wird als Ausdruck geistiger und sittlicher Kultur bei ihren wissenschaftlichen Beobachtungen des menschlichen Körpers nicht in Rechnung gestellt. In der harmonischen Verbindung des Sichtbaren mit dem Unsichtbaren, des Wissens mit dem Glauben oder der Denkkraft mit der Einbildungskraft

gipfeln nun aber gerade die höchsten Betätigungen geistiger, gesellschaftlicher und staatlicher Lebenskräfte. Den besten Beweis für diese Tatsachen liefern uns die romanischen Länder, in denen der Katholizismus eine hervorragende Rolle spielt, weil hier die entgegengesetzte Einseitigkeit herrscht, nämlich der Glaube auf Kosten des Wissens in großen Kreisen oder Bevölkerungsschichten in der einseitigsten Weise gepflegt wird und infolgedessen die entsetzlichsten Zustände körperlicher, geistiger und sittlicher Barbarei begünstigt werden.

Nach dem Vorangegangenen ist es zweifellos: Die Lehre vom Gesetz der Gegensätzlichkeit bildet den unentbehrlichen Schlüssel zu den tiefsten, bisher verborgenen Geheimnissen der Natur und ist es nur auf diese Weise möglich, einen Einblick in den komplizierten Mechanismus und in die geheimnisvollen Bewegungskräfte des religiösen, staatlichen und wirtschaftlichen Lebens zu gewinnen. Denn alle Krankheiten sind in letzter Instanz auf gestörte Gegensätzlichkeit und den hiedurch bedingten Schwächezustand zurückzuführen. Hierbei dürfen wir es nicht übersehen, daß körperliche und geistige Kräfte in unserem Organismus sich nur soweit betätigen können, als Menschenkörper einerseits und Staatskörper anderseits in unausgesetzter Wechselwirkung stehen. Die Ideen des Staats- und Gesellschaftslebens wurzeln in Fleisch und Blut der den Staatskörper darstellenden Menschenkörper wie ein Baum im Erdreich. Man kann deshalb auch sagen, was das Fieber für den Körper, das sind die Leidenschaften in den Parteikämpfen für den Geist. Ein Fieber schwächt den Körper oder führt den Tod herbei, wenn durch eine einseitige Überspannung der Nervenkraft ein regelrechter gegensätzlicher Austausch mit dem Blut unmöglich geworden ist.

Man kann es ohne Seife begreiflich machen, daß eine Hand die andere wäscht und ein Bein das andere stützt. Hier sehen wir deutlich, daß die Gegensätze gerade dadurch zum Austausch gelangen oder eine Ergänzung stattfindet, daß ein Gegensatz sich auf Kosten des andern zu behaupten sucht. Dies ist aber nur soweit möglich, als die Abhängigkeit oder das Ergänzungsbedürfnis der Gegensätze empfunden wird. Im Parteileben und im Klassenkampf gestaltet sich deshalb auch das Leben um so einseitiger und krankhafter, je weniger das Bedürfnis nach Versöhnung von dem Bewußtsein der Ergänzungsbedürftigkeit angeregt wird."

Für seine medizinischen Kenntnisse und Begriffe ist auch folgendes charakteristisch:

H. kann keinen einzigen von den von ihm selber aufgestellten Begriffen definieren. Er definiert z. B. „den einheitlich verbindenden Kunstgeist" folgendermaßen: „Der Mensch ist doch ein in sich abgeschlossenes Wesen — ein organisches Wesen — einheitlich — ein in sich abgeschlossenes organisches Wesen." — Seine Kritik über Virchow begründet er mit der Schlußfolgerung: „Virchow verstand darum nichts



von der Zellentätigkeit und der Krankenbehandlung, weil er im Reichstag für Abrüstung sprach. Er hat damit gezeigt, daß er nichts von der Idee der Gegensätzlichkeit weiß." — Der Patient fühlt sich auch als Prophet. Ref. habe ja selber gesagt, jedes Kind wisse, daß es Gegensätze gibt. Das sei doch der beste Beweis für die Allgemeingültigkeit der Idee der Gegensätzlichkeit. — Er stellt fest: „Sommer und Winter wird erzeugt durch die Bewegung der Sonne!"

Die Abbildung eines Schulterblattes hält er für die eines Magens, eines knöchernen Beckens für die eines weiblichen Brustkorbes; eine Rippe kennt er nicht. Den Schädel eines Fötus ebenfalls nicht, den Magen bezeichnet er als Leber und meint, das Herz sei in der Nabelgegend; er weiß nicht, wie und woher der Urin in die Blase kommt.

Während seines Aufenthaltes in der Anstalt ereignete sich folgendes: Pat. hat seit mehreren Wochen 3 mal wöchentlich Rührei. Er behauptet nun plötzlich, er habe noch nie Rührei bekommen. Ref. versichert ihm, das sei nicht möglich, der Patient bleibt aber bei seiner Behauptung: Ref. könne ja nicht wissen, was er (Pat.) zu Mittag esse. Der Abteilungswärter versichert, Pat. habe immer Rührei bekommen. Pat. sagt erstaunt zum Wärter: „Das können Sie ja gar nicht wissen!" Der Wärter setzt ihm auseinander, daß er täglich das Essen selber in der Küche hole und darum genau wissen müsse, was jeder Patient hat. Der Patient sagt entrüstet: „Aber Sie können doch gar nicht wissen, ob ich wirklich Rührei bekomme; die Speisen sind ja immer zugedeckt!"

Wollte J. H. mündlich vor einem größeren Publikum referieren, so ging es gelegentlich schlecht. In Berlin mietete er einmal einen der vornehmsten Säle und machte große Reklame für einen Vortragsabend über den „durchsichtigen Menschen"; das Publikum merkte bald gar zu deutlich, daß er selbst nicht wußte, was er sagen wollte, und stürmte die Kasse, wobei er mehrere tausend Mark Schaden hatte.

Den Satz seiner Broschüren ließ er jahrelang beim Drucker stehen, trotzdem gar kein Bedürfnis dafür vorhanden war; dabei wußte er nicht einmal, daß er für die Miete des Satzes hohe Preise bezahlen mußte. Schließlich wurden die geschäftlichen Verhältnisse 1903 dermaßen zerrüttet, daß von allen Seiten Klagen einliefen. Er wurde zur Beobachtung in unserer Klinik interniert, wo man einen deutlichen angeborenen Schwachsinn, speziell für alle irgendwie höheren Begriffe feststellen konnte. Die Stimmungslage war euphorisch mit leichter Reizbarkeit und Ablenkbarkeit und recht deutlich hervortretender Ideenflucht.

Diese chronische manische Verstimmung ist erst von Herrn Kollegen *Hans W. Maier* erkannt und in ihrer Bedeutung ins rechte Licht gesetzt worden; sie war von jeher vorhanden und besteht auch jetzt, da der Mann deutlich senil geworden ist, noch fort. Es ist selbstverständlich, daß sie die Vielgeschäftigkeit und den Mangel an Hem-



ungen gegenüber unvorsichtigem Denken wie gegenüber unüberlegtem Handeln erhöhte, wenn nicht ganz verursachte.

Im übrigen bedarf der Fall keines Kommentars.

III. Der Wohltäter. — Der Kaufmann C., geb. 1866, hatte in Zürich eine Wohltätigkeitsanstalt großen Stiles, eine Bau- und Versorgungsanstalt zum „Vaterhaus" gegründet, die folgende Abteilungen haben sollte:

Abt. I. Ausbildung: Fachschulen und Lehrwerkstätten, Bau-, Elektro- und Maschinentechnik, Chemie, Kunstgewerbe, Handelswissenschaft, Journalistik, Rechtspflege und Volkswirtschaft.

Abt. II. Bank-, Verkehr- und Versicherungswesen: Spar- und Dividendenkasse, Finanzierung und Verwertung von Erfindungen, Bürgschaft, Heimstätten, Kranken- und Kautionsversicherung.

Abt. III. Bau- und Maschinentechnik: Baugewerbe, Eisenkonstruktionen, Verkehrsmittel und Kriegsfahrzeuge jeder Art, Anlagen und Maschinen für Heizung, Kühlung und Lüftung. Spezialität: rauchlose Gasfeuerungen.

Abt. IV. Chemie: Brennstoffe, Conservierungs- und Schmiermittel, Nahrungs- und Genußmittel, nicht-geistige Getränke. Spezialität: Alkoholfreie Biere.

Abt. V. Kunstgewerbe: Modellier- und Zeichenatelier für Reklame, Verkehrswesen, kunstgewerbliche Werkstätten für Bekleidungswesen, Ausstattungs-, Dekorations- und Gebrauchsgegenstände für Geschäfts- und Privatbedarf.

Abt. VI. Rechtsmittel: Rat und Rechtsschutz in allen Geschäfts- und Privatangelegenheiten unter Mitwirkung tüchtiger Rechtsgelehrter und Spezialsachverständiger.

Abt. VII. Versorgungs- und Heimstättenwesen: Beschaffung und Gewährung von Heimstätten, Pension, Verpflegung und Versorgung.

Für diese Unternehmungen, denen noch manche Details beizufügen wären, hatte er sich eine kleine Wohnung gemietet und einen großen Kellerraum, den er durch Drahtgitter und Verschläge in Abteilungen für die verschiedenen Branchen geteilt hatte. Er versandte bereits Prospekte, suchte Guttempler für seine alkoholfreie Pension, nahm Aufträge für seine Schneiderakademie entgegen, während von der ersteren gar nichts, von der letzteren nur eine nicht abbezahlte Nähmaschine vorhanden war. Für das Rechtsschutzbureau hatte er genaue Abonnementverträge ausgearbeitet und einen stud. jur. engagiert. Für das Verkehrsbureau hatte er einen Mann in Aussicht genommen, der zugleich eine Prospektzeitschrift mit Reklame und Feuilleton herausgeben sollte. Für letztere suchte er schon im In- und Ausland Abonnenten.

Da er kein Geld hatte, kaufte er einiges Mobiliar, um es sofort zu



versetzen. Trotz seiner Hoffnung, nach Inbetriebsetzung seines Geschäftes alles bezahlen zu können, wurde er wegen Betrugs eingesteckt und kam zur Untersuchung ins Burghölzli (1903).

Sein Vater war Alkoholintolerant, nervös, dessen Vater und sein Bruder geisteskrank, ebenso eine Schwester des Exploranden (alle drei litten wahrscheinlich an Schizophrenie); zwei Geschwister sind nervös, vier jung gestorben, neun sollen gesund sein.

Expl. selbst hatte leichte Klumpfüße, war in der Jugend nicht sehr kräftig, in der Schule aber aufgeweckt. Er besuchte vier Jahre Lateinschule und nachher Realschule. Später studierte er viel für sich, ganze Nächte lang. Bis zum achtzehnten Jahr litt er an Bettnässen und Nachtwandeln. Er war immer alkoholintolerant und hatte einmal einen schweren pathologischen Rausch mit Tobanfall.

Er sollte als Maschinenbauer ausgebildet werden, war aber zu schwach dazu und ging in eine kaufmännische Lehre. Nachher war er in verschiedenen Geschäften tätig, ging jeweilen fort, teils wegen verdienten Tadels, teils wegen des Gefühls, daß er den Lohn nicht verdiene, oder auch mehrmals, um eine bessere Stelle zu bekommen, oder um auf eigene Rechnung zu arbeiten. Um einen illustrierten Katalog für ein Geschäft zu machen, kaufte er sich einen Photographenapparat, konnte aber damit nichts ausrichten. Mehrmals wurde er von Angestellten oder von Mitinhabern von Geschäften betrogen. Nebenbei machte er Erfindungen: Bessere Räder für Eisenbahnwagen, ein lenkbares Luftschiff und dgl.

Die Untersuchung ergab keine Zeichen der erwarteten Schizophrenie. Außerdem ließen sich die Eigentümlichkeiten, die Expl. zeigte, alle in seine Jugend zurückführen, wenn sie auch vielleicht infolge der fieberhaften Arbeit beim Zusammenbruch aller Hoffnungen und seiner ganzen materiellen Existenz in letzter Zeit ausgesprochener waren.

Die Affektivität war in der Anstalt gedrückt, in deutlicher Weise als Reaktion auf das Mißgeschick; er blieb aber voll Hoffnungen für die Zukunft. Bei Besprechungen seines Lebens erwiesen sich die Affekte als ganz mobil und durchaus adäquat. Gelegentlich war er beim Examen ängstlich verdutzt, konnte aber nachträglich die richtigen Antworten geben.

Er schreibt ganz gut, so weit nicht die Konfusion seiner Ideen den Stil trübt. Überhaupt sind seine Schulkenntnisse gut. Dazu hat er sich noch einen großen Wissenskram auf vielen Gebieten in den Naturwissenschaften, in Jurisprudenz, in Philosophie und Sozialwissenschaft erworben. Aber die Verknüpfung und Verarbeitung des Materials war eine ganz unklare, konfuse. Das lenkbare Luftschiff baut er aus Aluminium, gibt ihm die Form einer auf der elliptischen Basis stehenden Botanisierbüchse und will den Auftrieb allein dadurch bewirken, daß durch einen im Innern des Schiffes angeordneten Ventilator Luft von oben angesaugt und nach unten ausgeworfen wird; durch ähnliche Venti-



latoren will er das Luftschiff vor- und rückwärts und seitwärts treiben. In der Verteilung des Gewichtes, der Anordnung des Ventilators, der Steuerung, hat er viele ganz richtige und mechanisch mögliche Details ausgedacht, aber die Hauptsache hat er ganz übersehen und versteht er garnicht: die Berechnung des Luftquantums, welches angesaugt werden müßte, der Kraft, welche die Maschine brauchte, und des Gewichtes derselben, sowie der Kraftquelle. Hätte er eine Ahnung von diesen Dingen, so würde er die Unmöglichkeit seiner Erfindung einsehen. Man versucht vergeblich, ihn darauf aufmerksam zu machen, daß alles andere nur Nebensachen sind. Bei seinem Einradvelozipède hat er in ähnlicher Weise vergessen, die Schwerkraft zu berücksichtigen; er meint, es könne nicht umfallen, wenn er durch Winkelstellungen den Sitz in ein stabiles Verhältnis zum Drehpunkt bringt. Noch unsinniger ist seine Farbenphotographie. Er hat in der Praxis gesehen, daß Metalle beim Härten verschiedene Farben annehmen. Nun will er statt photographischer Platten ganz dünne Metallamellen verwenden, so dünn, daß das Licht durchgeht. Hinter der Lamelle soll ein Hohlspiegel das Licht wieder sammeln und ein Bild auf die Rückseite desselben werfen. Die verschiedenen Farben härten dann vermöge ihrer verschiedenen Wärme das Metall in differenten Graden, und so entsteht ein farbiges Bild. Um die Sache sicherer zu gestalten, leitet er gleichzeitig den elektrischen Strom durch, und um den Moment nicht zu verpassen, sieht er durch einen seitlichen Schlitz in die Kamera. Wenn das Bild auf der Platte erscheint, läßt er diese zum Fixieren in kaltes Wasser fallen. — Also wieder allerlei Detailkenntnisse, aber die blödsinnigste Kombination derselben und die Ergänzung fehlender Punkte durch beliebige Suppositionen wie die, Metall in ganz dünnen Schichten sei für Licht ungestört durchgängig. Mit den anderen Erfindungen steht es nicht besser. Am allerunsinnigsten ist der Vakuumakkumulator, welcher auf die Theorie des Naturphilosophen Vogt in Leipzig basiert ist. Doch würde es zu weit führen, hierauf näher einzutreten.

Ganz die gleiche Urteilsschwäche zeigt sich auch in seinem großen Projekt, die allgemeine Bau- und Versorgungsanstalt zum „Vaterhaus" zu gründen. Er ist selbst in den verschiedenen Branchen, welche sein Institut umfassen soll, irgendwie, aber immer in untergeordneter Stellung, tätig gewesen, doch hat er es nirgends zu etwas gebracht, wegen Mangels an Kraft und Gesundheit, wegen des eigenen Gefühls der Unzulänglichkeit, oder weil man ihn nicht brauchen konnte. Und nun will er auf einmal nicht etwa nur in einer dieser Branchen, sondern in allen zugleich als Unternehmer im großen Stil auftreten, er will Fachschulen und Lehrwerkstätten in diesen Gebieten einrichten, er will also in den Fächern unterrichten, in denen er selbst gescheitert ist, er, der selbst nicht einmal als Handlanger Arbeit gefunden hat, will großartige Arbeitsgelegenheit schaffen, um der Kantschen Forderung zu entsprechen: „Handle so,



wie es im Interesse der Gesamtheit liegt", er will alleinstehenden hülfsbedürftigen Personen Heimstätten schaffen und alle möglichen Wohlfahrtseinrichtungen gründen. Und das alles, ohne einen Rappen in der Tasche zu haben. Bespricht man die Details mit ihm, so zeigt sich überall, daß im ganzen brauchbare Vorstellungen auf ganz schwachsinnige Weise ausgebaut und angepackt sind, und daß so schließlich dieses unsinnig-groteske Gebäude zu Stande kommt.

Er ließ sich nirgends überzeugen, daß seine Erfindungen nichts wert wären, glaubte, daß wir uns täuschen. Wie er seine weitgehenden Pläne ausdrücken kann, zeigen am besten die von ihm geschriebenen „Betrachtungen":

Motto: Scientia nostra fortuna est. —

Die Auslösung von Lauten ist eine Gegenleistung (Reaktion) der von den Sinnesorganen (passive Nervenzentren) durch wechselweise Übertragung von Außenreizen hervorgerufenen Erregung des stufenmäßig (graduell) entwickelten Denkvermögens (Intellekts).

Die Aneinanderreihung gewisser Laute als Unterscheidungsmerkmale für verschiedene Begriffskeime ist die erste Kundgebung des Intellekts und der Ausgangspunkt für alle Bewußtseins- und Empfindungsäußerungen.

Die Erkenntnis von der Notwendigkeit einer Regelung der gegenseitigen Beziehungen zwischen den einzelnen Familien- und Verwandten-Gruppen zum Zwecke der Selbsterhaltung bildet die unmittelbare Ursache für den Ausbau der Wortsprache und den natürlichen Markstein in dem Werdegang des Menschengeschlechts. —

Solange nun die Tatsache als Gesetz gilt, daß jede gegebene intellektuelle oder motorische Arbeitsleistung einen entsprechenden Aufwand an Energie erfordert, oder negativ ausgedrückt aus einem „Nichts" auch nichts entstehen kann, vielmehr jede Erscheinung eine ihr eigentümliche Ursache haben muß, so können auch die seelischen Empfindungen (bzw. Vorgänge) meiner Auffassung nach nichts anderes sein, als ein Produkt der Ideen-Assoziation, sozusagen das geistige Destillat der Erregungszustände der produktiven Nervenzentren. — Oder mit anderen Worten:

Das Gemüts- und Seelenleben (physikalisch ausgedrückt: „Innere (geistige) Empfindungsäußerungen") ist ein wandelbares Spiegelbild des geistigen Ichs, somit ein Gradmesser für die Bewertung des Individuums; zugleich aber auch ein unumstößlicher Beweis für die stufenmäßige Entwickelungsfähigkeit des produktiven und spekulativen Intellekts. —

Die Reinheit und Tiefe der Empfindungen sind somit direkt abhängig von der mehr oder weniger zarten Beschaffenheit, der Empfindlichkeit und dem Reaktionsvermögen der betreffenden Nervenzentren und bilden die mechanische Vorbedingung für die Erlangung höherer Begriffe in Gesittung, Vernunft und Wissen.

Der Mensch als Träger des höchsten Intellekts ist es sonach nicht



nur sich selbst, sondern auch seinen Mitmenschen schuldig, durch Annahme und Befolgung einer vernünftigen Lebensweise der gesunden Weiterentwickelung seiner Kräfte den Weg zu ebnen.

Die durch einen solchen Läuterungsprozeß gewonnene bessere Einsicht läßt auch sein Pflichtbewußtsein mehr und mehr erstarken und macht ihn fähig zur geistigen Selbsterziehung.

Die Selbstbeherrschung endlich verleiht ihm die Macht, die von seinen Vorfahren ererbten Mängel und Fehler, insbesondere die ihm noch anhaftenden unwürdigen Eigenschaften eines rohen Zerstörers nach und nach abzustreifen und an deren Stelle die höheren Aufgaben eines bildenden Meisters und Schöpfers zu erfüllen. —

Der Mensch hat ferner die heilige Pflicht, sich an den herrlichen Bildnissen und Schöpfungen erleuchteter Künstler und den Meisterwerken der größten Denker und Dichter zu erbauen und zu erheben.

Nur die Aufnahme solcher Adelsspeise und die intellektuelle Verarbeitung derselben in geistiges Eigentum kann die Unsterblichkeit der Leuchten auf den Gebieten der Kunst und Wissenschaften zur Wahrheit machen, den Menschen veredeln und zur Vergeistigung seines Wesens beitragen. —

Das Leben auszuleben, zur wahren Kunst erheben, das eigene Wesen in allgemeines Gut und edle Tat umlegen, soll seines Geistes hehre Loosung sein. —

Ein heiliger Ernst muß über den Menschen kommen, die Entwickelungs- und Lebensbedingungen seiner Natur mit den ethischen Forderungen eines aufstrebenden Geistes in Einklang zu bringen.

Kein Opfer darf ihm zu schwer erscheinen, eine Auslese des Besten zu bringen für die organische Gesundung und die Erhöhung der Leistungsfähigkeit des Menschengeschlechtes. —

Der Kampf ums Dasein und der Trieb der Selbsterhaltung erfordert die Entfaltung der höchsten Energie, ein wetteiferndes Zusammenwirken von Theorie und Praxis für die beste Art

der Ernährung und Erziehung von Geist und Leib, für eine geordnete

Erwerbs- und Wirtschaftsweise,

eine vernünftige

Fortpflanzung,

eine ausgleichende

Gerechtigkeit,

für die Regelung der

Gesundheitspflege, (Hygiene für Individuum und Rasse) die Verallgemeinerung und Veredelung der Künste und Wissenschaften,

eine durchgreifende Verästelung und Verzweigung der Adern, Kanäle und Straßen des Verkehrs,

den Ausbau, die Vermehrung und Vervollkommnung der Verkehrsmittel und Wege



zu allgemeinem Austausch geistiger und materieller Güter.
Die friedliche Ausbreitung der sozialen Einflußsphären durch Sprache, Kunst und Wissen. .—

Die grundsätzliche Anerkennung des Anspruches der Mitmenschen auf

soziale Existenz,
die Freiheit der Gesinnung und Sprache
die Fürsorge für Körper und Geist.

als eine Forderung der Gerechtigkeit und Menschlichkeit. —

Das Bewußtsein der Verantwortlichkeit für die Daseinsbedingungen seiner Mitmenschen wird ihn drängen, das erhaltene Ziel als Ideal seines Wesens zu erfassen und ihm die Kraft geben, seine herrliche Aufgabe in edlem Wettstreite zu erfüllen. —

Das Gefühl der Pflichterfüllung kann ihm allein nur den Muth verleihen, den Blick zu erheben zu jenen lichten Höhen, der Heimat der Wahrheit, Kunst und Liebe und einzutreten in das Königliche Palladium einer unsterblichen Geisteswürde. —

Wie bedeutungsvoll und erhebend ist doch der letzte Wunsch des Dichterfürsten Göthe, welcher sterbend die Worte haucht:

„Mehr Licht!"

Es ist der mahnende Ruf eines Schöpfers durch die Welt:

„Mache Dich auf, und wandle den Pfad der Erkenntnis, denn die Mitternacht ist vorüber und das Morgenrot bricht an!"

Zeichen von Pseudologie fehlen.

Da C. durchaus bona fide in der bestimmten Erwartung, seine Schulden bezahlen zu können, gehandelt hatte, mußte er für nicht zurechnungsfähig erklärt werden.

Wir haben auch hier einen unbändigen Trieb zum Wissen und Schaffen vor uns, dem aber das Können nicht entspricht. Wäre C. als Angestellter in den Geschäften geblieben, so hätte er es zu etwas bringen können; Fehler, wie er sie hier gemacht hat, begegnen jedem. Aber statt bei seiner vollen Einsicht in die Mängel seiner Leistungen zu schließen, daß er die Anforderungen herabsetzen sollte, stellte er sie höher und wollte nicht nur sich selbst reich machen, sondern ein Wohltäter der Menschheit werden wie Werner in Reutlingen oder Barnardo in England, die auch mit nichts angefangen hatten. In einem fieberhaften Plänemachen vergaß er für seine Existenz zu sorgen und mit der Wirklichkeit zu rechnen, so daß er in Erfindungen und Unternehmungen lauter Unausführbares machte. So mußte er scheitern. Von einer eigentlichen manischen Stimmung ist bei ihm nichts zu sehen, aber immerhin war ein übertriebenes Selbstvertrauen,



ein ganz getrostes Blicken in die Zukunft durch die leichte, der Situation angemessene Depression hindurch deutlich zu sehen. Neben der Unklarheit der komplizierten Ideen wurde ihm bei einer genügenden Anlage für mittelmäßige Anforderungen sein Trieb, besonderes zu leisten, zum Verhängnis. Diesen Anforderungen war er in keiner Weise gewachsen, ohne es einzusehen.

Allen drei Patienten gereicht nicht die Anomalie der Intelligenz zum Verderben. Diese hätte ihnen unter Umständen noch ein sehr gutes Fortkommen gestattet. Auch ihr rastloses Triebleben ist an sich kein Fehler; Leute, die vorwärtskommen, besitzen meist eine solche Affektivität. Ihr Unglück war, daß ihr maßloser Tätigkeitstrieb dem Verstand Aufgaben gab, sie in Situationen riß, denen dieser nicht mehr gewachsen war, kurz, das Verhältnis von Verstand zu Strebung. Die letztere ist einerseits sehr stark, anderseits auf komplizierte Ziele gerichtet, die Intelligenz kann aber nur einfachere Verhältnisse bewältigen.

Der Wohltäter hätte ein sehr brauchbarer Geschäftsmann an einer Vertrauensstelle mit nicht zu großen Aufgaben sein können. Der Dichter war zweimal nahe daran, ein reicher Mann zu werden. Der Naturheiler war es eine zeitlang und galt vielen als ein „geriebener Geschäftsmann". Es besteht also nur ein kleiner quantitativer Unterschied zwischen unseren Kranken und glücklicheren Emporkömmlingen, die ja gewöhnlich auch nicht geradlinig vorwärtskommen, sondern ihr Vermögen aus einer günstigen Differenz von geglückten und verfehlten Unternehmungen bilden, und von denen manche nicht nur wegen weiter Moral den Eindruck von Glücksrittern und Abenteurern machen.

Die Art der Intelligenz ist bei unseren und den meisten der ähnlichen Fälle eine eigentümliche; sie weicht so gewöhnlich in einer ganz bestimmten Richtung ab, daß wir nicht mehr an Zufall denken können. Es handelt sich meist um Leute, bei denen die Beschränkung der Assoziationen, die sonst bei den angeborenen Schwachsinnsformen das hervorragende Symptom ist, zurücktritt vor der Unklarheit der Ideen. Sie erscheinen dem oberflächlichen Beobachter als sehr vielseitige Denker, dem genauer Zusehenden als Konfusionäre.

Der Naturheiler leitete alles Geschehen aus dem Prinzip der Gegensätzlichkeit ab. Dabei konfundierte er Druck mit Reiz, Bewegung



mit Leben, physische Kraft mit Kraft der Gesundheit, die Verschiedenheit von rot und weiß mit der Verschiedenheit von Gegensätzen, und tausend andere Dinge. Der Wohltäter schrieb sehr ähnliches; beim Dichter war die Anomalie weniger handgreiflich, aber qualitativ gleichartig.

Für diese Einförmigkeit und für die Art selbst des Bildes möchte ich zwei Gründe anführen, aber meine Erklärungen ausdrücklich als vorläufig aufgefaßt wissen. Denn um die Verhältnisblödsinnigen in allen ihren Zusammenhängen zu verstehen, bedürfen wir der Kenntnis noch neuer Fälle und eines viel tieferen Eingehens in die Symptomatologie des Einzelnen, als es mir bis jetzt möglich gewesen ist.

Die zwei Momente, die ich zum Verständnis der Symptomgruppe anführen kann, sind ein intellektuelles und ein affektives. Einerseits befördert ein gewisser Grad von Assoziationsenge die Unklarheit und das Theoretisieren, andersteils ist mit lebhafter Affektivität auch ein leichterer Wechsel der Assoziationen verbunden.

I. Das Grundsymptom der angeborenen intellektuellen Schwachsinnsformen ist die Beschränkung der Assoziationen. Zur Bildung einer Idee können nicht so viele Elemente herbeigezogen werden wie normal. Das hat u. a. die Folge, daß in den Fällen gewöhnlichen Grades weniger stark und weniger richtig abstrahiert wird als bei Gesunden. Die Imbezillen entfernen sich im Denken wenig von der Sinnlichkeit und von der Einfachheit.

„Der Staat, das sind die Kantonsräte“; „Tugend ist, wenn man keinen Zucker stiehlt und die Spielsachen wieder versorgt und den Hansli nicht haut“. Der Himmel ist für solche Leute ein zweites Stockwerk mit einem Boden über der Erde. Die imbezillen Begriffe sind unvollständig, aber nicht unklar gedacht. Sie sind oft in gewisser Beziehung klarer als die der Gesunden, weil die sinnliche Komponente meist den wichtigsten Bestandteil bildet; auch abstrakte Begriffe der Imbezillen entfernen sich verhältnismäßig wenig von der Sinnlichkeit; sie bleiben mehr oder weniger anschaulich. Schon deshalb können sie nicht eigentlich unklar werden. Aber auch ihrer Einfachheit wegen. Der Begriff „Strafe“ umfaßt beim Imbezillen wenige Arten von Strafe (Prügel, Einsperren, Hungern): ein solcher Begriff kann nicht so leicht unklar werden, wie etwa der der Strafe in der Kriminal-



philosophie, der eine Anzahl von schwer zu übersehenden Beziehungen umfaßt. Die imbezillen Begriffe sind ferner stereotyp, wenig variabel; unter „Strafe" versteht der Imbezille immer ungefähr das nämliche. Er wird den Begriff also nicht das eine Mal in diesem Sinne, das andere Mal in einem anderen verwenden.

Eine etwas geringere Assoziationsbeschränkung hat von einer gewissen Höhe des Denkens an gerade die umgekehrte Wirkung. Die Abstraktionen können dann weiter gehen; sie entfernen sich mehr von der Sinnlichkeit; Strafe ist nicht mehr bloß eine Reihe von zugefügten Übeln, sondern eine Rache, eine Wiederherstellung der Ordnung usw. „Druck" ist nicht mehr bloß das, was man spürt, wenn man gedrückt wird, sondern ev. auch eine Bedrückung, eine Unterdrückung. „Energie", „Naturgesetz" sind Begriffe, die solchen Leuten zugänglich werden. Aber sie sind zu kompliziert, als daß sie sie ganz verstehen könnten. Da ist die Gefahr, daß abstrakte Begriffe direkt unrichtig gebildet werden, sehr groß. Außerdem muß vielen Begriffen die nötige Schärfe fehlen. Den Abstraktionen liegen unter Umständen unverstandene und jedenfalls zu wenig verstandene Erfahrungen zu Grunde. Schon dadurch werden sie selbstverständlich unklar. Dann aber äußert sich die Beschränkung des Assoziationsumfangs doch häufig darin, daß nicht alle die Partialvorstellungen, die der Bildung des Begriffes zu Grunde liegen, bei jeder Vorstellung desselben mitklingen. Das hat zwei Folgen. Zunächst werden häufig gerade die sinnlichen Komponenten fallen gelassen, wodurch natürlich der Begriff an Klarheit und fester Grundlage verliert und das ganz besonders bei einem defekten Menschen, dessen Denken in Wirklichkeit mehr als das des Normalen an die Sinnlichkeit gebunden wäre. Wer unter der Vorstellung „Mensch" nicht mehr die sinnliche Gestalt desselben im Vordergrund hat, sondern vielleicht irgendwelche Beziehung der Menschen unter sich, oder weniger greifbare Eigenschaften, wie ihre Sterblichkeit oder ihre Neigung zur Sünde, wird nicht einmal einen solch einfachen Begriff klar denken. Aber auch wenn andere Komponenten als die sinnlichen fehlen, ist das eine sehr wichtige Störung. Um „Leben" scharf von „Bewegung" zu unterscheiden, muß man sich aller Beziehungen mehr oder weniger deutlich bewußt sein, die das Leben von der Bewegung auszeichnen, und das ist nur möglich, wenn die Partialvorstellungen beider Begriffe beständig

mitklingen. Außerdem werden bei unsern Patienten je nach der intellektuellen oder affektiven Konstellation bald die einen, bald die andern Komponenten zugezogen oder ausgeschlossen. Dadurch bekommt der Begriff etwas variables; der Kranke braucht ihn in der verschiedensten Bedeutung, ohne es zu merken; er bekommt wechselnde Grenzen, wird also unklar, und mit ihm das Denken, das mit ihm operieren soll; es entstehen die krassen Erschleichungen, wie sie unser Naturheiler ausführt. Alles, was solche Leute zu beweisen wünschen, kann ihnen sofort evident sein, weil die Begriffe nach dem Bedürfnisse modifiziert werden, dann aber auch, weil das Widersprechende überhaupt nicht in den engen Vorstellungskreis eingeht.

Was hier von den Begriffen gesagt ist, gilt ebenso von den ganzen Ideen.

Die Voraussetzung, ein Individuum vermöge die von ihm selbst gebildeten Begriffe und Ideen weniger zu übersehen, wenn es die Fähigkeit hat, kompliziertere zu bilden, mag auffallen. Die Möglichkeit, kompliziertere Begriffe zu erfassen oder zu schaffen, und der übersehende Verstand sind ja beide eine Funktion der Assoziationsweite und sollten also mit dieser parallel steigen. Wenn alle Komponenten eines Begriffs gleichwertig wären, so müßten wir in der Tat erwarten, daß man ungefähr so viele Begriffe erfassen kann, wie man zu bilden vermag. Nun bedingt aber die Beschränkung der Assoziationen beim Imbezillen zugleich eine Auswahl der Einzelbestandteile eines Begriffes; die wenigen Komponenten eines imbezillen Begriffs sind regelmäßig die einfachsten und zunächstliegenden (vgl. oben das über den Begriff der „Strafe" Gesagte). Wenn der Begriff weiter ausgebildet wird, so addieren sich ihm die schwieriger faßbaren Komponenten; das Verständnis für die komplizierteren Begriffe kann deshalb mit der Fähigkeit, sie zu komplizieren, nicht Schritt halten, was sich ja auch bei den Gesunden nachweisen läßt, deren kompliziertestе Begriffe oft — oder vielleicht immer — an Unsicherheit denen der Erkenntnisblödsinnigen nahe kommen.

Alle diese Anomalien haben eine wichtige weitere Folge. Je mehr im Begriffe die feste Wurzel der Sinnlichkeit fehlt, je unschärfer die Grenzen der Ideen sind, um so leichter, wenn auch nicht um so richtiger, läßt sich mit ihnen operieren. Der Anlaß und die Versuchung, sich immer weiter von der Sinnlichkeit abzulösen und Theorien zu bilden,



wird also hier eine sehr große. Viel mehr als beim Normalen einerseits und beim tiefer stehenden Imbezillen andererseits können bei diesen Leuten die Bezeichnungen, die Worte, den Hauptbestandteil des Begriffes bilden, und mit diesen läßt sich trefflich streiten.

Es ist deshalb nicht ein Zufall, daß alle diese Leute, die uns unter Augen kommen, in Bezug auf die Entfernung ihres Denkens von der Sinnlichkeit im Gegensatz zu den andern Imbezillen zu stehen scheinen, und daß sie alle in hervorragendem Maße die Neigung haben Theorien zu bilden, Theorien anderer in sich aufzunehmen und nach Theorien zu handeln, ohne sich um deren Anwendbarkeit für den gegebenen Fall oder überhaupt zu kümmern. Während also die gewöhnlich beachteten höheren Grade von Imbezillität aus lauter Mangel an Assoziationen nicht fähig sind, Vorstellungen zu bilden oder gar zu benutzen, die sich viele Schritte von der Wahrnehmung entfernen, sehen wir, daß ein geringerer Grad der nämlichen Störung in dieser Beziehung das Gegenteil bewirkt, während der Normale eine beherrschende à-cheval-Stellung einnimmt, indem er sich zwar auch von der Sinnlichkeit entfernen kann, aber ohne sie dabei aus dem Auge zu verlieren. Wir finden somit bei den zu wenig mit der Wirklichkeit Rechnenden, unklar Denkenden leicht Neigung zur Beschäftigung mit Gedankengängen, die von der Wirklichkeit wenig beeinflußt werden, sie sind Ideen- (nicht Interessen-) Politiker, Naturheiler, Theosophen, Religionsmodifikanten, und sie haben dann auch die Tendenz, sich mit Philosophie oder ausschließlich den höchsten Problemen abzugeben. (Dabei ist es gleichgültig, ob die Abwendung von der Wirklichkeit eine angeborene Eigentümlichkeit oder Symptom einer erworbenen Schizophrenie ist.)

Diese Möglichkeit der Ablösung von der Sinnlichkeit bedingt noch einen anderen, praktisch sehr wichtigen Gegensatz zum gewöhnlichen Blödsinn: die Kranken scheinen in der Schule lernfähig, ja sie gelten nicht ganz selten als gute Schüler, weil sie ohne das Gefühl ungenügenden Verständnisses, das den schärfer Denkenden leicht lähmt und verwirrt, in jedem beliebigen Zusammenhang alles wieder reproduzieren können, was ihnen vorgesagt worden ist. Daß eine solche Verkennung der geistigen Schwäche oft möglich ist, ist allerdings ein schlechtes Zeugnis für unsere Pädagogik, aber wenn diese erst einmal ernstlich darauf aufmerksam gemacht würde, so könnte ihr



das doch auch den Anstoß geben, die Intelligenz und die Unterrichtsmethoden etwas anders zu beurteilen und letztere zu verbessern. Allerdings ist zu konstatieren, daß auch praktische Examinatoren sich etwa von solchen Leuten täuschen lassen; ja ich möchte nicht behaupten, daß es ganz unmöglich sei, daß einmal ein nicht allzuhochgradiger Verhältnisblödsinniger nicht nur die Maturität und die fachlichen Vorprüfungen, sondern auch das medizinische Staatsexamen passieren könnte; denn auch dann, wenn man den Defekt erkennt, hat man ja keine Handhaben, diese Leute durchfallen zu lassen, wenn sie über ein gewisses Gedächtniswissen verfügen, und ihre Uneinsichtigkeit in die eigene Schwäche gibt ihnen oft eine besondere Sicherheit und hilft ihnen auch über praktische Schwierigkeiten hinweg, die den die Dinge besser Übersehenden verblüffen möchten. Ich kenne einen solchen Jüngling ziemlich genau, der, ganz abgesehen von medizinischen Dingen, nicht fähig war, den Gebrauch des Telephons richtig zu erfassen, nun aber Abhandlungen über die kompliziertesten Streitfragen der Psychiatrie schreibt und mir gegenüber schon mehrfach als Autorität ins Feld geführt worden ist. Ich kenne auch aus der Beschreibung eines Kollegen einen anderen, der es — an einer andern Fakultät — bis zum Privatdozenten gebracht hatte, allerdings dann abwirtschaftete.

Zur Entschuldigung solcher Vorkommnisse muß angeführt werden, daß viele — oder alle? — dieser Leute ein gewisses Sprachtalent haben oder doch eine auffallende Leichtigkeit, von anderer Seite Gehörtes wiederzugeben in einer Form, die die Verständnislosigkeit leicht verdeckt, ja sie können überhaupt gut schwatzen und auch schreiben und damit viele Leute bestechen. Wie das zusammenhängt, möchte ich nicht sicher sagen. Möglich ist viererlei: die Unabhängigkeit von scharfen Begriffen erlaubt es ihnen leichter Worte zu finden als dem Gesunden, der das Bedürfnis hat zu präzisieren; und wie die Enge des Gedankeninhaltes eine übertriebene Loslösung von der Sinnlichkeit ermöglicht, so kann sie auch eine Loslösung des Wortes von den Begriffen erleichtern, wodurch das Spiel mit Worten, die die Gedanken ersetzen, begünstigt wird.

Zweitens wird der Umstand mitwirken, daß die Leute von Jugend auf gewohnt sind, mehr an Worten zu hängen, weil sie kompliziertere Begriffe als solche nicht erfaßt haben. Das Wort stellt sich nicht



ar nachträglich ein statt des Begriffes, sondern es ersetzt diesen ft von Anfang an in ihrem Denken.

Drittens werden diese Formen der Imbezillität sonst schon eine Neigung zur Korrelation mit sprachlicher Leichtigkeit haben; dafür spricht die Erfahrung, daß beides so oft zusammen auffällt, und dann die gleich noch eingehender zu berücksichtigende Lebhaftigkeit ihrer psychischen Vorgänge, die sich sowohl im Denken wie in der Affektivität äußert und einerseits Volubilität des Denkens und anderseits die Stärke des Trieblebens und die Höhe seiner Ziele bedingt.

Wichtiger ist vielleicht der vierte Umstand, daß die höheren Imbezillen mit sprachlicher Gewandtheit bei oberflächlichem Verkehr am leichtesten blenden und am ehesten nicht nur den Defekt verdecken, sondern geradezu eine besondere Intelligenz vortäuschen können. Um so stärker fällt dem genaueren Beobachter bei ihnen der Widerspruch zwischen Schein und Sein auf, und sie sind es auch, die sich am ehesten in Konflikte hineinarbeiten und dann zur psychiatrischen Beurteilung kommen. Ein bloß zufälliges Zusammenkommen der Redegewandtheit mit den anderen Eigenschaften des Verhältnisblödsinns ist also nicht auszuschließen, trotzdem die Fälle, die zur Beobachtung kommen, regelmäßig auch diese Symptome aufweisen.

Die angeführten Möglichkeiten schließen einander nicht aus, und es ist mir geradezu wahrscheinlich, daß namentlich das erste und das vierte Moment in praxi oft zusammenwirken, indem ein bestimmter Grad des Blödsinns die Sprachfertigkeit begünstigt, und die erhöhte Sprachfähigkeit den Anlaß zur Untersuchung herbeiführt.

Die Gewandtheit der Rede und des Benehmens ist es, was unseren Kranken den Namen der höheren Blödsinnigen eintrug. Wir haben gesehen, daß allerdings Anhaltpunkte da sind, einen genetischen Zusammenhang dieser Eigenschaften mit der Art des Blödsinns anzunehmen, wenn auch ein zufälliges Zusammen-Vorkommen möglich ist. Äußere Gewandtheit gepaart mit hochgradiger innerer Hohlheit macht den „höheren Blödsinn“ aus. Außer dem schon Gesagten ist hervorzuheben, daß alle diese Leute ihr Wissen besonders gut zur Verfügung haben. Nicht nur mit den Worten, sondern auch mit ihren Begriffen entwickeln sie eine gewisse dialektische Fertigkeit und können damit manchen täuschen. Ihre Redegewandtheit ist



in **gewissen Beziehungen nur eine Teilerscheinung der Gewandtheit des Benehmens überhaupt.** So gering die Anpassungsfähigkeit der höheren Blödsinnigen und damit der Großzahl der Verhältnisblödsinnigen ans Leben, an die tieferen Zusammenhänge ist, so leicht passen sie sich äußerlich jeder Situation an. Sie haben die Fähigkeit, sich die in jedem Kreise nötigen Umgangformen mühelos anzueignen und jede Situation in ihren Äußerlichkeiten sofort zu verstehen und entsprechend darauf zu reagieren. Wo man keine Tiefe verlangt, gilt das als Gewandtheit („Salonblödsinn").

Nun darf man sich nicht vorstellen, daß alle diese Leute so leicht als gute Schüler verkannt werden. Im Gegenteil; was ich oben angeführt habe, betrifft nur eine Minorität, diejenigen, die nicht den Trieb haben, selbständig zu denken, also ungefähr die nämliche Klasse, die auch sonst von manchen Pädagogen gerne als Musterschüler hingestellt wird. Sobald sie noch ein klein wenig gescheidter oder im Denken aktiver sind, fallen sie durch die Menge und die Unklarheit ihrer Ideen leicht unangenehm auf, was teils zur Erkennung ihres Defektes, teils sonst zu einer negativen Beurteilung führt. Immerhin gibt es unter ihnen Leute, die auf den verschiedensten Gebieten Leithammel sein können, wie unser Naturheiler.

Auch von diesem Gesichtspunkt aus tritt die Relativität dieser Arten Blödsinns deutlich ins Licht. Wie wenig eigene Gedankenkombinationen ein höherstehender Imbeziller produzieren, wie unklare Ideen er haben mag, er fällt in der Schule nicht auf, wenn er sich begnügt, das wiederzugeben, was ihm der Lehrer vorgesagt hat, und sein Defekt wird sich auch im Leben nicht bemerkbar machen, wenn er seine Gedanken für sich behält und sich in seiner Tätigkeit auf das bescheidet, was er versteht.

II. Der mehr affektive Grund für die Unklarheit des Verhältnisblödsinnigen liegt im folgenden: Wir haben gesehen, daß die Begriffe nicht nur unvollständig gedacht werden, sondern daß bald die eine, bald die andere Komponentengruppe derselben ausfallen kann. Bei vielen Leuten macht das nicht so viel aus, weil trotz dieser Möglichkeit die Begriffe meistens in ähnlicher Weise gebraucht werden. Bei unseren Kranken aber sind diese Veränderungen durch Komponentenwechsel häufiger, die Beweglichkeit der Begriffe ist viel größer. Im nämlichen Satz können diese in ganz verschiedenem Sinne gebraucht werden.



Wir sehen nun eine große Beweglichkeit des Gedankengangs, der Assoziationen überhaupt, auch häufig verbunden mit lebhaften Affekten und Trieben, mit sanguinischem Temperament, mit manischen Zuständen. Die beiden Dinge müssen also irgendwie im Zusammenhang mit einander stehen, Ausdruck der nämlichen Disposition sein. In einer Beziehung können wir uns diese gemeinsame Disposition vorstellen: lebhafte sanguinische Affektivität ist nur denkbar bei einer gewissen Mobilität der Gehirnprozesse überhaupt, die auch die Mobilität der intellektuellen Vorgänge mit sich bringt. Neigung zum Perseverieren der aktuellen Funktionen ist in manchen Beziehungen der unvereinbare Gegensatz zur Lebhaftigkeit. Je schneller wir ferner ceteris paribus denken, um so weniger denken wir aus, um so eher begehen wir Fehler in dem Sinne der Unklarheit, in dem wir nicht alle Komponenten einer Idee berücksichtigen, und indem wir je nach dem Zusammenhange bald die eine, bald die andere herbeiziehen, also die Ideen einesteils unvollständig, andersteils verschieden fassen.

Die Schärfe des Denkens, für sich genommen, muß also bei einem lebhaften Temperament eine stärkere sein als bei einem phlegmatischen, wenn sie ebenso klare Einzelideen schaffen soll; je lebhafter die Triebe sind, um so leichter treten auch im Denken Konfusionen auf, nicht nur, weil diese das Denken direkt beeinflussen, sondern auch deswegen, weil die nämliche Disposition, die die Gefühle labil und lebhaft macht, auch die Begriffe labiler werden läßt.

Diese Überlegungen sind ganz besonders für die Verhältnisblödsinnigen zutreffend, die ja der Natur der Sache nach Leute mit lebhaften Trieben, mit lebhaftem Temperament sein müssen.

Das erethische Temperament mit seiner Mobilität der Ideenverbindung hat noch eine andere hier in Betracht fallende Seite. Die Eigenschaft der Psyche, welche die Begriffe in ihren Komponenten variabler gestaltet, und diejenige, die den Ideengang von den gewohnten Assoziationen häufig und stark abweichen läßt, ist offenbar die nämliche: Eine geringere Festigkeit der dauernden Assoziationen und dafür eine größere Leichtigkeit, neue Assoziationen zu bilden. Dadurch wird die Neigung, sich im Gedankengang nicht nur von dem Sinnlichen, sondern auch von dem Hergebrachten, von der Erfahrung zu entfernen, weiter verstärkt. Diese Leute sind Erfinder und Schrift-



steller oder suchen sonst auf irgend welchem Gebiete neue Bahnen. Sie haben inbezug auf Trieb und Beweglichkeit der Ideen eine Ähnlichkeit mit dem Genie, von dem sie sich durch ihren Schwachsinn, d. h. ihre Beschränkung der Assoziationenzahl, unterscheiden [1]).

Die Beweglichkeit der Assoziationen ist auch dann, wenn sie zur Unschärfe der komplizierteren Begriffe führt, sehr oft ein Vorteil. Auf Gebieten, wo die Begriffe erst zu schaffen sind, wo man also mit vorläufigen Begriffen arbeiten muß, die durch jede neue Erfahrung verändert werden mögen, muß derjenige, der nur mit fixierten Ideen arbeiten will, am Anfang stecken bleiben, während der Mobilere die Fähigkeit hat, wissentlich oder auch ohne es zu bemerken, bei jedem Schritte neues in seine Ideen aufzunehmen und altes wieder fahren zu lassen. Es gibt erstklassige Leistungen, die auf andere Weise nicht zustande gebracht werden könnten.

Die Kombination von beweglichen Grenzen der Ideen und Begriffe mit einer lebhaften Affektivität wird um so bedeutungsvoller, als die Affekte ja überhaupt die Tendenz haben, die ersteren nach ihrer Richtung zu modifizieren. So wird bei unseren Patienten der Einfluß der Affektivität auf die jeweiligen Umgrenzungen der Ideen in doppelter Weise verstärkt, einmal durch die Lebhaftigkeit der Gefühle und dann durch die geringe Widerstandfähigkeit der assoziativen Bindungen.

Bei Epileptikern haben wir lebhafte Triebe, die aber nicht mobil sind, sondern im Gegenteil eine abnorme Tendenz zu Perseveration haben, und auf dem intellektuellen Gebiet ebenso ein langsames, wenig mobiles Denken. Dieser Zustand muß sich prinzipiell sehr stark von den beschriebenen angeborenen Schwachsinnsformen unterscheiden, aber ich kann es noch nicht wagen, die Unterschiede genau zu zeichnen.

Ich besitze keine genauere Beobachtung von Verhältnisblödsinn ohne unklares Denken. Ein Buch, das mir nach einem einschlägigen Vortrag in die Hände gespielt wurde [2]), stammt aber vielleicht von einem Verfasser mit dieser Anlage. Vielleicht hat ein Kollege Gelegenheit, dessen Schriften genauer zu studieren.

---

[1]) Es wird wohl auch Erfinder mit phlegmatischem Temperament geben; ob auch diese vielseitig sein können, oder ob sie nur in einer einmal eingeschlagenen Richtung mit der Zähigkeit ihres Charakters arbeiten, weiß ich nicht.

[2]) *Carl Buttenstedt*, Die Glücks-Ehe (die Offenbarung im Weibe). Als Manuskript gedruckt. Im Selbstverlage des Verf. Friedrichshagen-Berlin.



IV. Der Sexologe. — *Buttenstedt* geht in der genannten Broschüre ι dem gewiß für manchen unanfechtbaren Satz aus, daß ein allgütiger tt nicht den Kampf ums Dasein mit seinen Greueln gewollt haben könne. ·ner konstatiert er, daß die Natur die erstrebenswerten Erlebnisse mit st, die schädlichen mit Schmerz betonen läßt. Auch das ist im großen d ganzen richtig. Aber daraus folgert *Buttenstedt*: Wenn wir den von ·tt gewollten Zweck unseres Lebens erreichen wollen, haben wir das tun, was uns gelüstet. Die Anstrengung für den Erwerb der Nahrung . uns unangenehm; die natürliche und allen angepaßte Nahrung ist also e, die am wenigsten Mühe macht, die Nüsse. Der Koitus ist angenehm, ebυrt und Sorge für Kinder aber unangenehm. Daraus folgt, daß man em Naturzweck entspricht, wenn man Maßnahmen findet, den Koitus ι vollziehen ohne Kinder zu erzeugen und diese meint Verf. in origineller Veise gefunden zu haben. Damit und durch unsere Furcht vor dem Tode t auch bewiesen, daß wir unsterblich sein sollten, und daß wir es werden önnten, wenn wir richtig leben würden. . . .

Hier kann ich nicht sagen, daß die Begriffe unklar seien. Auch lie Schlüsse sind gar nicht unrichtiger als tausend andere in berühmten Weltanschauungen gezogenen, und doch muten sie uns so kindisch und blödsinnig an. Der Mann übersieht, wie alle solche Leute, eine Menge anderer Möglichkeiten. Aber er ist in seiner Logik konsequent, und das ist sein großer Fehler. Er ist es nämlich auch da, wo sie an den Tatsachen prüfbar wäre, und unterläßt die Prüfung oder begnügt sich mit scheinbaren Übereinstimmungen der Wirklichkeit mit seinen Theorien.

Als einen gewöhnlichen Debilen kann man ihn auch nicht wohl auffassen, nicht weil er schriftstellert und zwar erst noch in einem klaren, richtigen Stil, sondern weil er eine Menge komplizierter Dinge gelesen und bis zu einem gewissen Grade verstanden hat und nun auch dialektisch verwerten kann. Was er ist, weiß ich leider nicht, weil ich nichts von ihm kenne, als das genannte Buch. Er kann nach dem ein Schizophrene sein so gut wie ein höherer Blödsinniger. Einen Verhältnisblödsinn zu diagnostizieren, bloß weil der Autor Probleme, die andere auch lösen wollen, konsequenter löst als der gewöhnliche Haufe, wage ich noch nicht.

Die Loslösung von der Wirklichkeit, verbunden mit lebhafter geistiger Beweglichkeit und starken Affektwirkungen, welche die Gedanken in der Richtung der Wünsche lenken, ist zugleich eine Bedingung für das Zustandekommen der Pseudologia phantastica,

die nicht zu selten mit dem Verhältnisblödsinn verbunden ist. Daß wir bei unserem Dichter einige Anklänge an diesen Symptomenkomplex finden, ist vielleicht nicht ohne inneren Grund, da Dichtung und Pseudologie gewisse psychische Ähnlichkeiten haben. Ich habe auch einen verhältnisblödsinnigen Pseudologen gekannt, der unter Umständen mit der Wirklichkeit zu rechnen wußte, denn er hat sich, wenn er nicht im Zuchthaus saß, meist in den höchsten gesellschaftlichen Kreisen der verschiedenen Länder Europas bewegt; er besaß aber auch philosophisches Talent, denn wenn ich nicht inhibiert hätte, wäre wahrscheinlich ein voluminöser Summs von ihm, der die Philosophie *Jakob Boehme*s fortsetzte, von einer entsprechend gearteten Gesellschaft zum Druck angenommen worden. — Fall V in *Delbrück*s „pathologischer Lüge“ [1]), den ich genau kenne, gehört auch hieher.

Die Moral der Verhältnisblödsinnigen ist eine nahezu so verschiedene wie die der gesunden Menschen. Wir sehen bei unserem Wohltäter, daß er nicht nur seine ganze Existenz für andere opferte, sondern daß er schon früher als Angestellter übergewissenhaft war und wegen kleiner Fehler meinte, er verdiene seine Besoldung nicht. Aber eine stramme Durchführung moralischer Grundsätze kann natürlich bei der Flüchtigkeit und der Einseitigkeit der Ziele nicht aufkommen, und so sehen wir auch bei diesem Manne ernste Konflikte mit geschriebenen und ungeschriebenen Gesetzen. Viele Verhältnisschwachsinnige sind pathologische Schwindler oder sonst Verbrecher. Der häufige Zusammenhang mit der Pseudologia phantastica beruht natürlich nicht nur darauf, daß beide Symptomgruppen der sogenannten Degeneration angehören, sondern auf einer inneren Verwandtschaft, da ja große Schärfe des Denkens nicht gut vereinbar ist mit mangelnder Unterscheidungsfähigkeit zwischen Realität und Phantasieprodukten. Im übrigen ist es selbstverständlich, daß die Widersprüche mit der gültigen Moral diese Leute am ehesten zu unserer Kenntnis bringen.

Der Verhältnisblödsinn hat natürlich wie alle angeborenen Anomalien Übergänge nach verschiedenen Seiten. Seine Abgrenzung kann deshalb keine scharfe sein.

Wie das unklare Denken an sich nicht besonders auffällt und nicht viel schadet, wenn der Kranke sich in seinen Ansprüchen be-

[1]) Stuttgart. Enke 1891.



ıeidet, so kann umgekehrt ein sehr affektives, ja manisches Tempement seinem Träger statt zu schaden nur nützen, wenn es von einer chtigen Intelligenz unterstützt ist. Je stärker entwickelt aber die ;tive Affektivität ist, welche die Zahl und die Größe der Aufgaben ›stimmt, um so stärker muß der Verstand sein, um den Träger nicht ;aktisch scheitern zu lassen, d. h. zum Verhältnisblödsinnigen zu tempeln.

Nach einer etwas anderen Richtung weichen diejenigen ab, die ich einfach überschätzen, obgleich natürlich bei jedem Verıältnisblödsinnigen die Selbstüberschätzung eine sehr große Rolle ;pielt und in beiden Fällen die Ursache der falschen Beurteilung in ;iner sehr ähnlichen affektiven Anlage begründet ist. Die Nuance der letztern ist aber eine etwas andere bei dem, der sich bloß überschätzt; er hat weniger den Trieb, sich in Unternehmungen zu stürzen, denen er nicht gewachsen ist, teils weil er die Grenzen doch instinktiv fühlt, teils weil die aktiven Triebe nicht so weit gehen, teils weil die Überschätzung unschädliche Gebiete betrifft (sich schöner, stärker, gesünder fühlen als man ist; Kunstkenner, Lateiner, Politiker), während das Arbeitsgebiet von der Täuschung mehr oder weniger frei bleibt. Wie man sieht, ist in letzterem Falle weniger die Quantität der Triebe als ihre Qualität das wichtige.

Die Verhältnisblödsinnigen sind ferner abzugrenzen von den Leuten, deren Affekte die Intelligenz zu sehr beherrschen. Dabei kann in den Grenzfällen die Affektivität normal, aber die Intelligenz ihr gegenüber zu gering sein, oder die Intelligenz kann normal, aber die Affektivität zu stark sein. In den meisten Fällen werden beide Abnormitäten neben einander bestehen und einander verstärken. Da ist ein Arbeiter von wenig unter mittlerer Intelligenz und ganz gutem Charakter. Doch kann er es nirgends aushalten, weil er zu empfindlich ist, auf alles mit zu starken Affekten reagiert, denen gegenüber die Überlegung, die hintendrein ganz richtig urteilt, in kritischen Momenten machtlos ist. Im Militär macht er den Vorgesetzten Grobheiten, bekommt innerhalb weniger Wochen eine größere Anzahl von Strafen, wird schließlich gegen eine Wache, die ihn in den Arrest zurückführen soll, gewalttätig und kommt mit der Diagnose Schizophrenie in die Irrenanstalt. Es handelt sich indessen bloß um ein schlimmes Verhältnis von Affektivität zu Intelligenz. Aber es sind



die momentanen Affekte, die den Mann scheitern lassen, nicht die dauernden Triebe. Er ist deswegen, so bald er wieder ruhig geworden ist, fähig, den Unsinn, den er gemacht, einzusehen, genau wie der Normale, der sich einmal im Zorn vergaloppiert hat. Wollte man solche Leute doch als blödsinnig bezeichnen, so wären sie es nur vorübergehend, während eines stärkeren Affektes.

Nicht blödsinnig nennen wir auch die Apathischen, die genügende oder mehr als genügende intellektuelle Fähigkeiten haben, um vorwärts zu kommen, denen aber der Trieb fehlt, sie anzuwenden, die ihre Ziele zu niedrig stecken. Hier ist die ungenügende Affektladung der Grund der sozialen Minderwertigkeit; dieses Minus wirkt direkt. Das Verhältnis von Intelligenz und Trieb fällt außer Betracht.

Unter Umständen kann auch das Verhältnis zwischen den einzelnen intellektuellen Fähigkeiten ein ungünstiges sein und eine Art praktischen Blödsinns ausmachen. Einer meiner Kameraden vom Gymnasium war daselbst unter den besseren Schülern und trat in eine Handelsschule über. Später war er Bürgermeister in einem kleinen Städtchen, das er mit Geschick dirigierte, und zwar nicht unter leichten Verhältnissen: es waren Bahnfragen zu erledigen, er war Protestant, das Städtchen ultramontan, er nahm sich gewisser, nicht besonders beliebter sozialer Strebungen an und dgl. Da er plötzlich starb, zeigte es sich, daß es er nicht nur sein recht hübsches Vermögen verloren hatte, sondern unter Null stand. So viel ich weiß, hatte er namentlich viel durch Bürgschaften verloren. An anderen Orten konnte er sehr gut Nein sagen, aber er konnte für sich nicht rechnen. Einer seiner Brüder ist als Geschäftsmann noch rascher in Konkurs gekommen, war aber nicht fähig, einzusehen, wie schlecht er stand, und hatte deshalb alle guten Räte derFreunde undVerwandten in den Wind geschlagen. Der letztere ist wohl allgemein etwas schwach, obschon man ihm ein großes Geschäft übergeben hatte; sein verstorbener Bruder aber konnte zu viel, kam dadurch in zu komplizierte persönliche Verhältnisse, zu kompliziert deshalb, weil gerade seine Fähigkeit, das Vermögen zusammenzuhalten, eine besonders geringe war. Natürlich kann man auch sagen, seine Güte habe mitgespielt, aber sicher war sein Hauptfehler ein partieller auf intellektuellem Gebiet.

Leute mit solchen partiellen Defekten sind auch eine Art Ver-



hältnisblödsinnige, aber in einem ganz anderen Sinne als die zuerst beschriebenen. Es würde sie nicht das ungünstige Verhältnis zweier Eigenschaften selbst praktisch untauglich machen, sondern es wären gewisse Eigenschaften im Verhältnis zu den anderen so schlecht entwickelt, daß der Defekt gegenüber den besser entwickelten der nämlichen Persönlichkeit nicht nur besonders gefährlich wird, sondern auch besonders in die Augen fällt, während er, an der Durchschnittsintelligenz gemessen, nicht als Blödsinn imponieren würde. So kann einer eine ganz mittelmäßige Begabung für Mathematik haben, in anderen Fächern aber hervorragend sein, so daß er sich eine akademische Bildung erwirbt und ein berühmter Dichter wird. Der Mathematiklehrer des Gymnasiums aber mißt ihn nicht an der menschlichen Durchschnittsbegabung für Mathematik, sondern an den Durchschnittsleistungen seiner Gymnasiasten und findet ihn in seinem Fache blödsinnig, und auch die andern Lehrer müssen ihn hier im Verhältnis zu seinen übrigen Leistungen als einen Schwachkopf taxieren, während in Wirklichkeit der Durchschnittsmensch, dessen mathematische Bedürfnisse ja wenig über die Division hinausgehen, kein viel besseres Verständnis für Zahlen hat.

Den Eindruck von höheren Blödsinnigen machen noch öfter Leute mit partiellen Fähigkeiten, die im übrigen unter mittelmäßig begabt sind. Diese Fähigkeiten für Mathematik, für eine der Künste, sogar für etwas Schriftstellerei läßt sie als gut oder besonders gut angelegte Menschen erscheinen, während erst bei genauerem Zusehen die allgemeine Debilität zum Vorschein kommt.

Übergänge von den partiellen Über- und Unterentwicklungen von Fähigkeiten zum Verhältnisblödsinn in unserem Sinne bilden diejenigen Fälle, wo der besondere Trieb einer Schwäche der Begabung entspricht, wo man „gerade das treiben will, wozu man am wenigsten Beruf hat". Ein geschickter Mechaniker will durch Erfindungen reich werden; ein Bauer, der sich seinen Fähigkeiten nach für seinen Beruf vorzüglich eignet, will Dichterruhm erwerben; beide verarmen trotz tatkräftigen Fleißes, weil ihre Triebrichtung nicht der Richtung ihres Intellekts entspricht.

Der Verhältnisblödsinn kann natürlich auch mit anderen Defekten kombiniert sein. Von solchen komplizierten Fällen, die die Be-



deutung des Defektes von anderen Seiten zu beleuchten geeignet sind, möchte ich zwei anführen.

V. Die Hygienikerin. — Frau v. E., geb. 1864, aus vornehmer norddeutscher Familie stammend, kam freiwillig und im Einverständnis mit ihren Angehörigen in ein nahes Sanatorium. Weil sie mit ihrem Manne nicht auskam und nun Fragen zu entscheiden waren, wie die nach der Scheidung und nach der Übernahme der Kindererziehung, wurde ich zugezogen.

Die Familie lebt von jeher in geordneten Verhältnissen, nicht excentrisch wie die Patientin. Doch ist deren Mutter sonderbar. Eine Tante und eine Tochter der Patientin leiden an Schizophrenie. Die Patientin selbst war von jeher eigensinnig, unpraktisch, weltfremd, hatte keine intimeren Freundinnen. Wenn man aber näher mit ihr verkehrte, hatte man einen guten gemütlichen Rapport mit ihr. Immerhin fiel ein sonderbares steifes Lachen, namentlich bei Verlegenheit, schon in der Jugend auf. In der Schule und Pension hat sie sehr gut gelernt. Sie liebte das Lernen um des Lernens willen. Auch war sie sehr energisch, konnte z. B. auf Verlangen des Gesanglehrers an den Tagen, wo sie bei ihm Unterricht hatte, bis zur Stunde vollständig schweigen und fasten.

Vor ihrer Verlobung (im 19. Jahr) ging sie zu einem Arzte, um ihn zu fragen, ob sie die Eigenschaften habe, Mutter zu werden. Als das bejaht wurde, erklärte sie, nun werde sie einen bestimmten Bekannten heiraten, der aber noch nicht sehr entgegenkommend war. Sie war es denn auch, die die Verlobung betrieb und bald die Heirat durchsetzte. Vor der Geburt des ersten Kindes reiste sie, ohne dem Manne etwas zu sagen, von ihrem sehr entfernten ausländischen Aufenthaltsort plötzlich zu ihren Eltern, um der ganzen Familie, wie sie meinte, die Beschwerden einer Reise zu ersparen, ohne aber dabei zu bedenken, daß es nun viel mehr Trubel gab, als wenn sie mit dem Manne zusammen gereist wäre, wie abgemacht war.

In der Ehe gab es nach und nach Differenzen. Die Frau hatte viele Sonderbarkeiten, war sehr eigensinnig. Sexuell wurde sie mit der Zeit kalt, konnte aber z. B. den Mann auf eine bestimmte Zeit bestellen, weil sie wieder ein Kind haben möchte.

Die Kinder erzog sie ohne jeden Instinkt nach Prinzipien, die sie aufgelesen hatte. Sie mußten z. B. beim ärgsten Regen ins Freie; eines erhielt in frühester Kindheit neben der Muttermilch vegetarische Zusätze; sie stillte möglichst lange, war unzufrieden mit ihrem Manne, als er in einem Falle im neunten Monat das Absetzen verlangte, damit die Frau wieder freier sei. Ein kränkliches Kind pflegte sie mit Aufopferung. Ärztliche Vorschriften befolgte sie immer aufs Peinlichste.

Sie betrieb eine excessive Reinlichkeit. Den ganzen Tag war das Bad im Gebrauch; die Schwämme wurden desinfiziert und unter Glas-



ocken gehalten. Die Kleidung mußte konsequent und ausschließlich ach hygienischen Forderungen gemacht werden, so daß z. B. die Schuhe folgedessen recht unförmlich wurden. Auch Nacktkultur wurde mit en Töchtern und den Knaben in weitgehender Weise getrieben.

Eine geistige Beeinflussung der Kinder hielt sie für unstatthaft; e war deren gleichberechtigte Freundin, ließ sie im übrigen machen, and es originell, wenn sie ihr gegenüber grobe Worte brauchten. Sie freute ich darüber, daß einmal ein Sohn eine Aktion der Schüler gegen einen nißliebigen Lehrer leitete. Als sich ein anderer Sohn im vierzehnten Jahre ür Phrenologie interessierte, schickte sie ihn zu einem bekannten Phrenoogen, damit er die Sache gleich recht lerne.

In wechselnder, aber immer übertriebener Weise huldigte sie dem Sport. Einmal mußte alles radeln, einmal reiste sie mit einem Sohn nach Norwegen, um Ski zu laufen. Dann mußten wieder Hunde oder Pferde da sein, etc.

Sie meinte, jede Frau, also auch eine Mutter von zahlreichen Kindern, sollte einen Beruf haben. Deshalb studierte sie eine zeitlang Geschichte, dann Keramik, ohne es zu etwas zu bringen. In letzter Zeit wollte sie sich für die Bühne oder wenigstens als Rezitatorin ausbilden, nahm Stunden, übte sich so, daß die Nachbarschaft sich darüber lustig machte. Der Gedanke an die Bühne brachte sie dazu, eine ziemlich einfältige kosmetische Operation machen zu lassen.

Für die Haushaltung brauchte sie enorme Summen, so daß die Familie zurück kam; auch als sie vom Manne getrennt war, brauchte sie unsinnig viel Geld; sie mietete sich in einer Villa ein, plante für einen anscheinend nur vorübergehenden Aufenthalt für ca. 10000 Mark Umbauten, die sie auf sich nehmen wollte.

Nie hatte sie sich etwas ausreden lassen. Wenn man auf sie einsprach, so hörte sie mit steifer Miene zu, sprach nichts, machte aber dann, was sie wollte. Auch wenn sie scheinbar nachgab, wußte sie es nachher doch wieder so einzurichten, daß es nach ihrem Kopfe ging.

Etwa 1903 entschloß sie sich zur Trennung von ihrem Mann. Sie ging nun zu einem Nervenarzt, um ihn zu fragen, ob sie ihr jüngstes Kind zu erziehen imstande sei. Bald nachher bekam ich sie zu sehen.

Bei der ersten Konsultation zeigte sie zunächst ein steifes inhaltloses Lachen, wie wenn sie der wichtige Vorgang gar nichts anginge, so daß mir im ersten Moment die Diagnose der Schizophrenie sicher schien. Nach und nach, namentlich aber bei den ziemlich zahlreichen späteren Konsultationen, verschwand mit ihrer Verlegenheit diese eigentümliche Reaktion. Sie zeigte dann normale Affekte, konnte sich freuen und weinen, plötzlich kamen aber zwischendurch wieder Gedankengänge, die sie mit unverständlichen Gefühlsbetonungen begleitete. Für das Interesse, das man ihr entgegenbrachte, zeigte sie sich dankbar, war aber geneigt, hierin zu weit zu gehen.



Die Bildung der Patientin ist eine sehr gute, ihrer Schulung entsprechende. Ihre Intelligenz war auch fähig, das Gebotene zu verarbeiten. Im Gespräch über alle möglichen Dinge, Literatur, Ästhetik, Hygiene, Erziehung usw. schien sie zunächst ganz normal. Sie studierte Dante und Faust, wobei sie allerdings Lücken im Verständnis zeigte, aber ich möchte mich nicht rühmen, von solchen frei zu sein. Sie entwickelte einen die Umgebung aufreibenden Wissenschaftsbetrieb; Verwandte und Bekannte mußten mit ihr die schwierigsten Fragen diskutieren.

Ihre Intelligenz ist also in Bezug auf Schulwissen bedeutend über dem Mittel. Sobald sie aber ihr Wissen praktisch verwenden soll, macht sie Unsinn, und zwar in der Art, daß sie übertreibt. Für sie existiert nur das theoretisch Gelernte, und ihm folgt sie blind und einseitig. Instinkte, praktische Intuition, die Fähigkeit, aus der Erfahrung selber auch nur in einfachen Dingen die brauchbaren Direktiven für ihr Handeln zu gewinnen, fehlen ihr. Sie ist in dieser Beziehung ein wahrer Idiot. Sie kann zwar ihren Willen durchsetzen, viel leichter als andere, indem sie eben einfach alle Einwände der Personen und der Tatsachen ignoriert, woraus ein absoluter passiver Widerstand und ein ganz freies Handeln nach ihrem eigenen Kopfe resultiert. Aber sie kann nicht nur nicht überlegen, daß es einen Mittelweg gebe zwischen unvernünftiger Abhärtung und Verzärtelung, zwischen Prüderie und Nacktkultur, zwischen übertriebener Reinlichkeit und nützlicher Hygiene usw., sie kann auch nicht überlegen, daß sie nicht Wohnung und Möbel bestellen sollte für sich und alle ihre Kinder, bevor sie weiß, ob dieselben bei einer Trennung ihr zugesprochen werden, oder ob die Trennung überhaupt zustande kommt; und dies ist um so auffallender, als sie selbst an ihrer Fähigkeit, die Kinder zu erziehen, zweifelt. Sie ist nicht imstande, zu berechnen, daß sie für vorläufige Umänderungen einer ihr gar nicht gehörenden Wohnung nicht 10000 Mark ausgeben soll, wenn es sich darum handelt, fern vom Mann mit einem kleineren Jahresgehalt auszukommen. Ihre Haushaltung führt sie mit einer unsinnigen Verschwendung, ohne es zu wollen, bloß, weil sie praktisch nicht überlegen kann, nicht zusammenbringt „so und so viel darf ich ausgeben, das macht auf die einzelnen Posten etwa so viel“. Sie hat sich gemerkt, daß man sich nicht allzusehr um das Wetter kümmern soll, denkt aber nicht daran, daß es auch dann noch ein großer Unsinn ist, mit kostbaren Kleidern ganz unnützer Weise ohne Regenschirm durch strömenden Regen zu gehen.

Sie findet die Prüderie schädlich und gibt einem vierzehnjährigen Sohne die Schriften *Freuds* in die Hand. Im Verkehr mit ihrem Manne, mit den Angehörigen überhaupt, begeht sie beständig Ungeschicklichkeiten, ohne bösartig zu sein. Der Instinkt, der jeden Durchschnittsmenschen im Kontakt mit anderen Leuten leitet, fehlt ihr. Sie weiß auch ganz gut, daß sie ebensowenig wie mit dem Manne mit den Angehörigen ihrer eigenen Familie auskommen würde.



Aber auch über diesem ungeschickten Handeln schwebt eine theoretische Intelligenz. Sie kennt sich bis zu einem gewissen Grade merkwürdig gut. Sie erklärt selber mit Resignation, sie passe eben nicht zur Erziehung und wolle ihre Kinder in Zukunft lieber fremden Leuten überlassen (allerdings ohne es dann durchzuführen); „meine geistigen Ressourcen sind erschöpft, was soll ich machen?"

Sie hat sich keine Idee gemacht, wie sie nach durchgeführter Scheidung ihr Leben einrichten will, läßt sich dann bereden, auf die Scheidung zu verzichten. Sie sagt aber selber, daß sie nicht fähig wäre, ihr Vermögen zu verwalten, und daß sie, sich selber überlassen, durch Mißwirtschaft oder durch Nachgiebigkeit gegen irgend welche Zumutungen von außen, dasselbe gefährden würde.

Wenn ich gesagt habe, sie sei von den Instinkten verlassen, so gilt das nicht ganz von der Sexualität. Diese ist stark und aggressiv, und dennoch zeigt sie eine deutliche Schwäche im Verhältnis zum Manne, der sie offenbar (vielleicht abgesehen von der ersten Zeit) mehr befriedigt, wenn er ihr von Dirnenpraktiken erzählt, als wenn er selber mit ihr verkehrt. Sie ist aber entsprechend modernen Theorien nicht nur bereit, sich selber gegenüber „alles zu verzeihen", sie verzeiht auch dem Manne, wenn er nur aufrichtig ist, ja, sie würde sich für unberechtigt halten, ihre Töchter anders als mit einigen Warnungen zurückzuhalten, wenn sie sich in die freie Liebe stürzen wollten.

Wie die Moral der Patientin zu beurteilen ist, kann ich nicht sagen. Die sexuelle Moral steht, wie alles bei ihr, unter dem Einfluß von Theorien. Für ihre Kinder tut sie eifrig alles, was nach ihrer Ansicht für dieselben gut ist. Daß die Liebe sie nicht dazu bringt, besser mit dem Manne, der allerdings trotz seiner sonstigen hohen Intelligenz solchen Verhältnissen in keiner Weise gewachsen ist, auszukommen, mag in dem allgemeinen Defekt liegen, der sie verhindert, sich irgend welchen Verhältnissen praktisch anzupassen. Um Gemeinnützigkeit kümmert sie sich nicht, obschon dieses Gebiet theoretisch viel bearbeitet ist.

Die Intelligenz dieser Kranken ist für die Schulforderungen und sogar für ein weiteres Studium eine sehr gute. Sie ist aber praktisch blödsinnig und zwar nicht nur relativ zu ihren sonstigen Fähigkeiten, sondern absolut. Es ist ja immerhin möglich, daß ihre Begabung zu einer gewöhnlichen Hausfrau ausreichen würde, wenn sie den Trieb hätte, sich mit praktischen Dingen zu beschäftigen, aber jedenfalls wäre sie auch dann anderen Menschen, der Erziehung ihrer Kinder und nur wenig komplizierten Verhältnissen gegenüber ganz ratlos.

Dem „höheren Blödsinn" wäre also der Fall einzureihen, aber ein Verhältnisblödsinn besteht hier nur insofern, als ihr praktischer Blödsinn durch die einseitige Richtung der Triebe und Fähigkeiten

in theoretischer Beziehung verstärkt wird. Viel wichtiger ist an dem Falle die Diskrepanz zwischen Schulintelligenz und Lebensintelligenz, zwischen theoretischem Denken und praktischem. In ersterem hat sie genügend Assoziationen, in letzterem äußerst wenige.

Wir sind gewohnt, bei Imbezillen und Debilen das Umgekehrte zu sehen: die Kranken sind noch im Stande, praktisch etwas zu lernen, theoretisch aber nicht: sie können rechnen, wenn es sich um wirkliche Beispiele des Lebens handelt, z. B. beim Einkaufen, nicht aber in der Schule, wissen ausgezeichnet Bescheid über die Geographie der Gegenden, die sie gesehen haben, sind aber nicht fähig, nach der Karte oder nach Beschreibungen einen geographischen Begriff zu bilden *usw.*

Anderseits sind bekannt die unpraktischen Gelehrtennaturen, und ich möchte die Patientin als eine Übertreibung dieser letzteren *Formen* betrachten. Worin eigentlich bei solchen Leuten die elementaren Differenzen von den Normalen bestehen, ist schwer auszuführen, und für uns ist auch nur das wichtig, daß sie sich in einer Eigenschaft mit den meisten Verhältnisblödsinnigen treffen, in der leichteren Loslösung von der Realität, und daß sie anderseits der gewöhnlichsten Instinkte oder Intentionen entbehren und dafür einen Trieb zu theoretischem Wissen und theoretischem Verständnis haben, das ihnen natürlich unnütz ist, wenn es nicht assoziiert ist mit dem, was die Beobachtung und die Praxis des Lebens uns lehrt und von uns fordert.

Zwei andere Ärzte haben in diesem Fall Schizophrenie angenommen. Ich selber zweifelte nach der ersten Zusammenkunft mit der Kranken nicht an dieser Diagnose, und auch später sah die Patientin bei einzelnen Konsultationen ganz schizophren aus; aber die genauere Beobachtung hatte gar keine Anhaltpunkte für die Annahme ergeben. Doch wird bekanntlich die Diagnose der Schizophrenie um so schwieriger, je mehr man sich in die Psyche der Patienten hinein versenkt, weil dann ihre Eigentümlichkeiten erklärlich und verständlich werden. Und es ist, trotzdem auch hier alle Symptome bis in die Kindheit verfolgt werden können, doch noch möglich, daß die Eigentümlichkeiten die gerade in einem solchen Falle so hohe diagnostische Schwelle der Schizophrenie noch nicht überschritten haben, und daß später doch einmal noch die Krankheit manifest wird, besonders da diese in der Familie mehrfach aufgetreten ist.

Für unsere Betrachtung ist die Diagnose zunächst gleichgültig. Sicher können solche Krankheitsbilder eine angeborene Abweichung von der Norm sein, und ebenso sicher ist es, daß auch latente Schizophrenien solche Formen annehmen können.

VI. Die unreinliche Mutter. — Frau F. geb. 1886. Vater Militärarzt in höherer Stellung, jähzornig, brutal, hatte viel Streit mit seiner Frau. Vater der Mutter sonderbar. Ein Bruder der Patientin kam nicht aus mit dem Vater, starb jung, mittellos in Kanada an Perityphlitis. Zwei Kinder der Patientin unreinlich (wohl hauptsächlich infolge schlechter Erziehung), jedenfalls der jüngere, 1½ Jahr alt, nicht ganz normal.

Über die früheste Jugend ist nichts bekannt. Während der Schulzeit mußte sie mehrfach den Wohnort und noch mehr die Schule wechseln. Letzteres zum Teil, weil sie sich nicht richtig benahm. In einer Schule wurde sie ausgewiesen. Sie war unpünktlich, präparierte sich wenig, es soll aber dennoch in der Schule ordentlich gegangen sein. Sie habe trotz allem gut gelernt mit Ausnahme des Rechnens. Dauernde Freundschaften hatte sie nicht. Als Vierzehnjährige ist sie einmal im Hemd aus dem Hause gegangen und an der Dachrinne hinaufgeklettert.

In der Pubertät wurde sie stark religiös; nach der Freundschaft mit einem Eurasier trieb sie buddhistische Studien, dann Spiritismus, dann wurde sie Frauenrechtlerin, verteilte Propagandazettel der Suffragetten, sprach und korrespondierte über Frauenrecht und Politik. Als sie später einmal in Deutschland war, mußten ihr die zukünftigen Schwiegereltern verbieten, davon zu reden, weil sie die deutschen Damen chokierte. Wohl mit ihren feministischen Ideen hängt es zu sammen, daß sie einmal ihrem Bräutigam schrieb, sie wolle nicht seine Kuh sein und Kinder gebären.

Der Vater wollte sie einen Beruf erlernen lassen, sie lehnte aber strikte ab.

Mit dreiundzwanzig Jahren gewann sie durch Klagen über ihre Verhältnisse bei den Eltern das Mitleid und Herz eines unerfahrenen, gleichaltrigen Mannes aus guter Familie, der sie, nachdem sie gravid geworden, heiratete. Verlobung und Heirat und später die Geburt des ersten Kindes wollte sie ihren Eltern nicht anzeigen.

Als sie während ihrer Verlobungszeit mit den Eltern ihres Bräutigams reiste, flirtete sie in sehr freier Weise mit einem Offizier, gelegentlich auch mit anderen Männern. Mit dem ersteren blieb sie einige Zeit in Korrespondenz. Sie hatte überhaupt in dieser Beziehung recht freie Ansichten und beeinflußte ihren Bräutigam nach derselben Richtung, was dieser als Entschuldigung für den vorehelichen Verkehr vorbringt. Sie hatte ihm in der Brautzeit sexuelle Kälte vorgeworfen, während des ehelichen Lebens wahrscheinlich nicht mehr, bis er sich ihr wieder entfremdete.



Als Hausfrau und Mutter scheiterte sie vollständig. Sie blieb den ganzen Vormittag im Bett oder doch halb angekleidet, kam nie zur Zeit zum Essen, auch nicht im Hotel; wenn man eine Reise machte oder nur ausging, wurde sie mit Packen oder anderen Vorbereitungen nicht fertig, so daß man oft ihretwegen den Zug versäumte. Mädchen konnte sie nicht dirigieren. Bei Einladungen konnte sie mit dem Essen zwei Stunden zu spät sein; sie hatte dann Ausreden: sie hätte zu wenig Löffel gehabt, oder sie hatte eben alles zu spät eingekauft. In der ersten Schwangerschaft zankte sie eine zeitlang mit dem Mann fast täglich, weil sie schwanger geworden sei; für die Geburt traf sie trotz aller Mahnungen keine Vorbereitungen; während derselben schrie sie unsinnig. Als das erste Kind da war, liebte sie es und war auch — die einzige Periode, wo das vorkam — recht nett mit dem Mann. Später war sie leicht eifersüchtig, besonders als dieser es einmal für nötig fand, „offen gegen sie zu sein", und ihr zu sagen, daß er in eine Cousine verliebt sei. Während der zweiten Schwangerschaft haßte sie den Mann geradezu, und seitdem hat sich das Verhältnis nicht mehr viel gebessert.

Bald nach der Geburt des ersten Kindes hatte sie sich geweigert, mit dem Manne in eine andere Stadt zu ziehen, kam aber dann doch nach. Wenn sie in Zimmerwohnungen waren, kam sie mit den Wirtinnen nie aus.

Dem Manne, aber auch anderen Leuten, machte sie fortwährend Szenen, drohte einmal, in einen tiefen Brunnen zu springen, brauchte grobe Ausdrücke, die mit ihrer gesellschaftlichen Stellung sehr wenig harmonierten.

Die Kinder hielt sie in der größten Unordnung und Unreinlichkeit, legte sie morgens neun Uhr wieder zum Schlafen ins Bett, zog sie in der Nacht nicht aus, nicht einmal, wenn sie naß waren, gab ihnen den Topf ins Bett, kümmerte sich nicht darum, wenn sie auf der Stiege oder im Bett Notdurft verrichteten, nahm sie zu sich ins Bett, wo sie in gleicher Weise unreinlich waren, ohne daß es die Mutter störte. Sie legte sich am Abend wieder ins beschmutzte Bett. Sie bewachte die Kleinen ungenügend, z. B. beim Aufenthalt auf dem ungeschützten Dach, ließ ihnen Stecknadeln und dgl. Dabei behauptete sie, ihr Erziehungssystem sei das einzig richtige; als man einmal eine Dame anstellte, die die Kinder besorgen sollte, mußte diese die Kleinen hinter ihrem Rücken baden.

Sie hatte einige „nervöse" Symptome; fürchtete sich vor Insekten verschiedener Art, schlief spät ein. Letzteres ist wohl nur Folge des ungeregelten Lebens, da sie in der Anstalt gut schlief.

Wegen ihrer Unordnung und der zunehmenden Szenen, die sie machte, kam sie endlich zur Untersuchung in die Anstalt.

Hier fiel zunächst ihre Affektivität auf; sie hatte keine sichere Grundstimmung; man wußte meist nicht recht, woran man mit ihr war. Sie schien affektiv von einer merkwürdigen Art Steifheit. Doch konnte sie plötzlich starken Affekt zeigen, war aber leicht ablenkbar. Sie war



ärgerlich oder traurig, wenn man über ihr Verhältnis zum Manne sprach, konnte unmittelbar nachher aber wieder lachen. Dann erzählte sie wieder ohne Affekt, daß man sie nicht bei den Kindern lassen wolle. Mir gegenüber war sie meist sehr höflich und spielte die feine Dame, so weit es ihr gelang, entsprechend einer Erklärung vor dem Eintritt, sie wolle schon zeigen, daß die Verwandten nicht die Wahrheit sagten. Doch verleidete ihr der vierzehntägige Aufenthalt in der Anstalt, und dann wurde sie gelegentlich aggressiv mit Worten auch dem Untersucher gegenüber oder brach in Tränen aus.

Mit großer Emphase hatte sie verlangt, auf dem Wege von der Anstalt zu einem Kurort ihre Kinder zu sehen. Nachdem sie sie im Bahnhof getroffen, kümmerte sie sich nicht mehr um sie, dafür aber um die Toiletten anwesender Damen. Zu gleicher Zeit, da sie dem Mann einen unverschämt aggressiven Brief schrieb, konnte sie an die Schwiegereltern sehr liebenswürdig schreiben, wie wenn ihr Verhältnis sehr gut wäre. Kurz nachdem man ihr erklärt hatte, sie dürfe ihre Kinder nicht mehr haben, für die sie bis zum letzten zu kämpfen versprochen hatte, schrieb sie einen recht vergnügten Bericht aus dem Kurort.

Wie schon aus diesem allem hervorgeht, ist ihre Moral keine gute. Sie geniert sich auch nicht, bei der Untersuchung nicht nur zu verdrehen, sondern direkt zu lügen. Sie ist auch, wie Briefe an ihren Mann zeigen, recht streitlustig.

Die Intelligenz schien bei oberflächlichem Verkehr nicht schlecht. Sie hatte eine sehr gewandte Art, sich mündlich und schriftlich auszudrücken, konnte auch sehr pointiert und kurz schreiben. Sie konversierte über recht vieles. Ihre Ausreden gegenüber den Vorhaltungen waren so geschickt, daß ich ihr Lügen nur durch Einvernahme anderer Personen nachweisen konnte. Sie kann ganz nett zeichnen, soll auch gut Klavier spielen, tat aber beides wenig.

In den Diskussionen über ihre Verhältnisse war auffällig, daß sie von Anfang an nie auf die Hauptsachen einging. Auch wenn sie selber davon zu sprechen anfing, so brachte sie nur einzelne Details, nie die allgemeine Situation. Letztere war ihrem Fassungsvermögen offenbar zu kompliziert.

Auf meine Aufforderung schrieb sie einen Lebensabriß, aber trotz mehrfacher Erklärungen und meiner Abweisung des ersten Versuchs brachte sie außer einigem Schimpfen über ihren Mann nur eine Aufzählung von äußeren Tatsachen zustande.

Ihre Bildung und ihre Kenntnisse erweisen sich als äußerst ärmlich. Trotzdem die Leiterin einer Schule ihr eine ganze Bibliothek über den Spiritismus zur Verfügung gestellt hatte, kann sie mir nichts über diese Dinge berichten, als einigermaßen erklären, was ein Spiritist und was ein Medium sei. Sie braucht psychologische Ausdrücke, erklärt kühn, sie habe trotz der Liebe zum zweiten Kinde ein schlechteres Ver-



hältnis zu ihm, weil sie aus der glücklichen Zeit nach der ersten Geburt viele schöne Assoziationen an das erste knüpfe, aber sonst ist nichts heraus zu bringen. Den Offizier, der ihr wegen seiner körperlichen Eigenschaften wohl einmal gefallen habe, möchte sie lieber als Vater ihrer Kinder, ihren Mann lieber als Gesellschafter für das Leben, weil er mehr Nüancen in seinem Charakter habe. Hinter diesen Phrasen stecken aber nicht viel Gedanken. Aus ihren ethnologischen Studien weiß sie nur zu sagen, daß die Hottentotten in Südafrika und Australien leben. Mit den Suffragetten mache sie eigentlich nicht mit, denn sie verderben mehr als sie nützen. Aber sie möchte, daß für die Schule und für die Kinderversorgung mehr weibliche Kräfte beigezogen, Frauen in die Armenpflege gewählt würden. Die Frauen müßten sich für die Politik interessieren. Jetzt seien sie denkfaul und selbstsüchtig. Will man aber auf diese Dinge eingehen, so weiß sie auch gar nichts. Sie hat nicht einmal einen richtigen Begriff von dem Vorgang bei der Wahl eines Abgeordneten. Es handelt sich also meistens um aufgeschnappte Phrasen.

Ähnliches zeigt sich auch da, wo es sich um Produkte ihres eigenen Geistes handelt. Wenn man sie frägt, was sie eigentlich wünsche, so weiß sie gleich zu sagen: ein richtiges Haus mit einem guten Mädchen, das ihr die grobe Arbeit abnähme. Das scheint nun vernünftig. Aber das Nämliche wiederholt sie bei anderen Gelegenheiten, und sie kann sich keine weiteren Vorstellungen dazu machen. An ihre Schwiegermutter schrieb sie einen Brief über ihre Zukunftspläne, der ziemlich wörtlich wiederholte, was sie vor Jahren auch einmal geschrieben hatte.

In das Mißliche ihrer Lage und in ihre Mitschuld hat sie eine gewisse Einsicht. Doch sind in der Hauptsache, wie sie meint, die Verhältnisse und andere Leute daran schuld. Bei ihren Beschönigungsversuchen hat sie nicht gerade viel Glück, obschon sie mit einigem Geschick Tatsachen leugnet und noch mehr verdreht.

Sie macht sich Theorien, daß es das Beste sei, die Kinder im Bette auf den Topf zu setzen, und läßt sich von dem schlimmen Erfolg nicht vom Gegenteil überzeugen. Wenn sie sich schlecht benehme, so sei es nur, weil sie so sei, wie die Leute mit ihr. Sie könne sich schon bessern, wenn sie wolle. Daß in letzterem Ausdruck ein großer Vorwurf gegen sie selbst liegt, begreift sie nicht. Sie behauptet unmittelbar nach einander: sie bereue manches, was sie gesagt habe, denn sie habe es nur im Affekt gesagt, und: sie sage überhaupt nie etwas Unrichtiges, denn sie habe zu oft gesehen, wie unangenehm es war, wenn ihr Vater ungerechte Worte wieder zurücknehmen mußte. Auf den Widerspruch aufmerksam gemacht, bleibt sie einfach bei beiden Behauptungen und versichert, daß sie keinen Widerspruch enthalten. Wie hier prallen überhaupt alle meine Erklärungen ab. Sie antwortet schließlich immer mit den nämlichen Phrasen. Oft schweift sie dann ab und wird weitläufig.

Auch mit der Wirklichkeit setzt sie sich leicht in Widerspruch.



› beklagt sich über ihre erzwungene Untätigkeit in der Anstalt, läßt h aber mit Mühe einmal dazu bringen, ihr Bett selbst zu machen und ht unter dummen Ausreden überhaupt gar nicht auf die Lingerie, obnon sie mehrfach versprochen hatte, da zu zeigen, daß sie etwas könne. e ist überhaupt äußerst gleichgültig. Sie hatte eine Uhr verloren, war ›er nicht zu bewegen, auf die Polizei zu gehen, um nach ihr zu fragen; › könne die Polizei nicht finden. Sie beklagte sich auch bitter über die insperrung, vergaß aber, daß sie freiwillig gekommen war und jeden ugenblick zum Spaziergang oder definitiv die Anstalt verlassen durfte.

Eine merkwürdige Unklarheit ist auch darin, daß sie sich von dem ı der allergewöhnlichsten Weise sicher konstatierten Tode ihres geliebten ›ruders an Perityphlitis auch jetzt noch nicht recht überzeugen läßt. ie gibt zu, längere Zeit gar nicht daran geglaubt zu haben.

Sie hatte früher zu ihrer Entschuldigung erzählt, eine Pflegerin, nit der sie nicht auskam, habe onaniert. Jetzt erklärt sie, sie wisse das laraus, daß sie sie einmal nachts mit einem sonderbaren Gesichtsausdruck ınd einer Kerze auf dem Nachttisch neben sich gesehen habe.

Von direkten Aufschneidereien ist in der Anstalt nichts beobachtet vorden. Dagegen hat sie zu Hause etwa Dinge erzählt, wie: die Schwiegereltern hätten gesagt, ihr Vater sei ein Alkoholiker. Sie schrieb einmal ihrem Mann, die von ihm bestellte Hausdame und Pflegerin der Kinder hätte sie verlassen, während diese bei ihr war.

Irgend welche Zeichen von Schizophrenie waren nicht zu finden.

Der Fall ist kompliziert. Zunächst haben wir wieder die Erscheinung, daß ein junges Mädchen zwar die äußere Bildung sich aneignet, ganz gut konversieren, schreiben, zeichnen, musizieren lernt, sich für Frauenbewegungen, Politik überhaupt, Buddhismus, Spiritismus, Ethnologie, Psychologie interessiert, aber ohne es in Wirklichkeit zu einem nur oberflächlichen Verständnis dieser Dinge zu bringen. Sie wäre lange gescheit genug für die gewöhnlichen Arbeiten einer Frau in ihrem Kreise. Sie hat sich auch als Mädchen in ihren Verhältnissen bewegen können, ohne intellektuell jemand aufzufallen außer den zukünftigen Schwiegereltern, die sie besonders beobachteten, und sie hat einen jungen Gelehrten, der allerdings nicht besonders intelligent scheint, erobert. Aber sie interessiert sich für Buddha und Frauenstimmrecht und Ethnologie und hat die einzige Aktivität, die sie besaß, für diese Dinge gebraucht, so daß für eine wirkliche Tätigkeit nichts übrig bleibt. Wir haben hier nichts manisches, aber eine falsche Richtung des Interesses auf Dinge, denen sie auch gar nicht gewachsen ist.



Die falsche Verwendung ihrer Tatkraft ist aber nicht der einzige Grund, warum sie so kläglich Fiasko macht. So viel wir sehen, ist ihre Energie auch sonst eine minimale, und das ist eine zweite Abnormität, die den ersten Fehler verstärkt und an der entsetzlichen Unordnung im Hause und namentlich in der Kinderpflege mehr schuld ist als der Verhältnisblödsinn.

Ist also das manische Temperament eine schlimme Klippe für diese Leute, so kann es das phlegmatische ebenfalls sein, wenn es sehr ausgesprochen ist; auch ohne die intellektuelle Störung und ohne die falsche Richtung des Interesses muß ein solches Temperament zu gänzlicher Unbrauchbarkeit im Leben führen.

Auch die Erziehung war hier entschieden eine ungünstige; es ist möglich, daß die Patientin unter guten äußeren Umständen weniger schlimm abgeschnitten hätte, und daß ein wenig mehr aus ihr zu machen gewesen wäre; aber die angeborenen Momente sind doch das Wesentliche an dem Bilde.

Die beiden letzten Krankengeschichten zwingen uns noch zur Erörterung zweier anderer Fragen. Bei der Hygienikerin ist die Schizophrenie nicht auszuschließen. Der Verhältnisblödsinn als Syndrom aufgefaßt muß nicht unter allen Umständen angeboren sein. Die Schizophrenie führt zur Einschränkung der Assoziationen im Sinne des Blödsinns, zu Labilität und Unklarheit der Begriffe, zur Loslösung von den gewohnten Gedanken und vom Boden der Wirklichkeit, zur Tendenz, Neues zu suchen; und wenn dann, wie in leichteren Fällen so häufig, die Affektivität eine erethische ist, so kann diese Krankheit geradezu als Verhältnisblödsinn in die Erscheinung treten. Manche schizophrene Naturheiler, Politiker, Philosophen, Weltverbesserer aller Art gehören hierher.

Bei unserem Naturheiler sind die einzelnen Begriffsunklarheiten nicht zu unterscheiden von ähnlichen Störungen der Schizophrenie. Alles Suchen hat aber sonst keine Zeichen dieser Krankheit zu Tage gefördert. Auch spricht die Unveränderlichkeit dieser Psyche während eines langen Lebens gegen einen „Prozess“ als Krankheit.

Bei der unreinlichen Mutter erscheint die Abnormität zunächst als eine moralische, sie besorgt die Kinder sehr schlecht, vernachlässigt den Haushalt, zankt sich mit dem Mann, den sie von oben



ab behandelt, macht Szenen, ohne sich nachher zu schämen, usw. tten wir mehr ähnliche Beobachtungen, so müßte von hier aus e Linie zu gewissen Klassen von Verbrechern führen.

Wie es einen einfachen moralischen Blödsinn gibt, so finden r auch einen moralischen Verhältnisblödsinn. Eine Großzahl n Verbrechern werden hierher gehören, so weit nicht intellektuelle efekte eine Komplikation bilden oder eine andere Beurteilung rlangen.

Moralische Schwäche bei übertriebener Lust an den kostspieligen ergnügungen läßt viele Leute sich an der Kasse des Arbeitgebers ergreifen und führt zu einer Menge von anderen Delikten. Vergnügungssucht gepaart mit gut entwickelter Moral schadet nicht iel; umgekehrt kommen eine Unzahl von Menschen mit ebenso großer noralischer Schwäche wie die Gescheiterten ungefährdet durchs Leben, weil ihre Triebe sie nicht in Versuchung führen.

Wenn auch die Vergnügungssucht eine der häufigsten Klippen für solche Leute bildet, so gibt es doch noch viele andere Strebungen, an denen sie scheitern: Der Machtkomplex, der schlechte Mittel anwenden läßt, um andere Leute zu beherrschen oder Geld zu bekommen, das das wichtigste Mittel zur Macht ist; Interesse an bestimmtem Sport, an Lektüre, das zur Vernachlässigung anderer Pflichten führt und zu Geldausgaben, die auf rechtem Wege nicht zu befriedigen sind usw.

Moralisch Schwachen kann auch statt eines Plus ebensowohl ein Defekt gefährlich werden: Der Mangel an Arbeitstrieb ist bekanntlich eine der häufigsten Mitursachen für das Kriminellwerden. Wer arbeitsscheu, aber sonst moralisch gut angelegt ist, der wird deswegen nicht zum Verbrecher, sondern nur zum Tropf, der es zu nichts bringt; beide Defekte zusammen aber führen zum Verbrechen. Und wie wenig different im Prinzip die ungünstige Summation von dem ungünstigen Verhältnis ist, zeigt sich sofort, wenn man den Mangel an Arbeitstrieb positiv benennt als Hang zum Müßiggang.

Ich versuche nicht, die Großzahl anderer Möglichkeiten zu erwähnen, möchte aber noch einige Andeutungen betr. die Stellung des moralischen Verhältnisblödsinns zur moralischen Idiotie (moral insanity) machen.

Die moralischen Idioten im eigentlichen Sinne bezeichnete man bis jetzt als Leute, die die moralischen Begriffe nicht mit Gefühlen betonen. Man wußte aber, daß damit nicht alles gesagt war. In der Tat gibt es viele hochgradig moralisch Defekte, die nicht zur Kenntnis des Richters oder des Psychiaters kommen, nicht nur, weil ihnen ihre Intelligenz erlaubt, sich dem Strafgesetz zu entziehen, sondern weil sie nicht eigentlich kriminell werden. Bei vollständigem Mangel der moralischen Gefühle allerdings glaube ich kaum, daß das letztere möglich sei, obschon ich den in der Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Medizin 1893 beschriebenen Fall durch beständige Beschäftigung mit Feldarbeit, Musik und literarischem Interesse ungefährlich zu machen hoffte. Der Kranke ist dann gestorben, ohne daß ich zu einem bestimmten Resultat kommen konnte. Ich habe auch einen Mann aus guter Familie genauer gekannt, der allerdings einmal in der Fremde in Ausschweifung gescheitert war, aber vorher und nachher durch ein ausgesprochenes Ehrgefühl (und seine Intelligenz) sich über Wasser hielt und auch für seine Familie sorgte, bei dem ich aber außer dem Ehrgefühl keine moralischen Gefühle entdecken konnte.

Trotzdem alle diese Dinge bekannt sind, ist es meines Wissens erst *Gehry* [1]) der die Frage klar aufwirft, was den moralisch Schwachsinnigen, den reo nato, ausmache. Er meint, der Mangel an moralischen Gefühlen plus verbrecherische Triebe. Die Sache ist aber gewiß nicht so einfach.

Verbrecherische Triebe hat jeder Mensch. Eine Geldsumme sich anzueignen, die einem irgendwie gebeizt wird, ein Weib ansehen, um es zu begehren, einen Feind irgendwie zu beseitigen, und ähnliche Triebe stecken wohl im besten der Menschen. Bei mittlerer Ausbildung dieser Triebe und der Moral spielen solche Strebungen gar keine Rolle. Bei sehr schwacher oder mangelnder Moral können sie aber die Zügel ergreifen. So ist der moralisch gänzlich Schwachsinnige zum Verbrechen prädestiniert, auch wenn er sonst keine Fehler hat; aber auf allen Zwischenstufen kommt es auf das Verhältnis von Trieb und hemmender Moral an. Nun sind die Triebe selbst wieder von sehr verschiedener Bedeutung. Grausamkeit, Rachsucht, sexuelle Abnormitäten, pyromanische und kleptomanische Tendenzen treiben

[1]) *Gehry*, Wesen und Behandlung der moralisch Schwachsinnigen. Korr.-Blatt f. Schweizer Ärzte, 1913, Nr. 44.



ekt zum Verbrechen. Herrschsucht, Vergnügungssucht, Arbeits-
.eu sind an sich keine verbrecherischen Triebe, sie führen indirekt
· Kriminalität. Speziell bei den Fällen von *Gehry* selbst scheint
ch seiner Beschreibung kein direkter Trieb zum Verbrechen vor-
nden zu sein. Könnte man den Leuten die Mittel zum fröhlichen
ben ohne Arbeit geben, so würden sie (abgesehen von den ins Un-
ögliche wachsenden Ansprüchen) wahrscheinlich keine eigentlichen
erbrechen begehen. Solche Menschen können auch trotz aller In-
lligenz nie „verstandesgemäß erkennen", daß es ihnen bei anständigem
eben besser ginge. Sie finden eben das dissolute Leben angenehmer,
ıch wenn es sie dann und wann einmal ins Zuchthaus oder in die
rrenanstalt führt. Hier kommen überhaupt noch Fragen der affek-
iven Anpassung an die Gesellschaft, an die Welt, in die sie hinein-
;estellt sind, überhaupt in Betracht. Eine definitive Beantwortung
ler von *Gehry* aufgeworfenen Frage wäre wohl nur an Hand von neuen
Studien an einem größeren Material zu geben. Selbstverständlich
ist es ein Mangel der Anpassungsfähigkeit, wenn man in unserer Zone
keinen Arbeitstrieb hat. Mangel an affektiver Anpassungsfähigkeit
kann auch bestehen in zu großer Reizbarkeit, die nirgends auf die
Dauer auskommen läßt, sowie in allen möglichen positiven und nega-
tiven Tendenzen, die in Konflikt mit der Gesellschaft führen, und
wohl noch in vielem anderem. Sind solche Defekte sehr ausgesprochen,
so bilden sie für sich ein Krankheitsbild; sind sie geringeren Grades,
so können Kombinationen mit anderen Eigenschaften zu moralischem
Verhältnisblödsinn führen. Obschon die Kasuistik eine unerschöpf-
liche sein muß, so wäre es beim jetzigen Stande des Wissens interessant,
die wichtigsten Kombinationen zu kennen und herauszufinden, ob
Korrelationen existieren und welche.

* * *

Ich bin mir wohl bewußt, etwas sehr Unfertiges und Un-
vollständiges gegeben zu haben, hoffe aber, daß andere mit neuen
Beobachtungen und neuen Studien bald ein besseres Bild von dem
Verhältnisblödsinn geben werden. Dazu wollte ich anregen.

Zusammenfassung. Es gibt Leute, welche nur deswegen im
Leben scheitern und als blödsinnig bezeichnet werden müssen, weil



ihre Triebe dem Verstande Aufgaben stellen, denen dieser nicht gewachsen ist, während er unter gewöhnlichen Verhältnissen genügen würde. Manchmal bilden habituelle manische Verstimmungen die Grundlage eines solchen Trieblebens (Maier). In den bisher bekannten Fällen zeigt das Denken meist eine große Unklarheit; Rede und Benehmen sind aber besonders gewandt („höherer Blödsinn", „Salonblödsinn"). Es gibt auch Formen eines moralischen Verhältnisblödsinns.

Klinischer Beitrag zur Lehre vom Verhältnisblödsinn (Bleuler).

Von

Lothar Buchner[1]).

Die vorliegende Arbeit verdankt ihre Entstehung einer persönlichen Anregung *Bleulers*, meines verehrten früheren Chefs und Lehrers. Sie enthält die ausführliche Beschreibung eines einzelnen, an sich nicht gerade ungewöhnlichen Falles, der für sich allein nicht publiziert worden wäre, wenn er nicht im Hinblick auf *Bleulers* Arbeit über den Verhältnisblödsinn (vgl. dasselbe Heft dieser Zeitschrift) einen tieferen Hintergrund und eine allgemeinere Bedeutung erhalten hätte. Wie der Titel sagt, will die Arbeit lediglich als klinischer Beitrag zu *Bleulers* Lehre aufgefaßt sein. Sie zeigt die Fruchtbarkeit seiner Auffassung für die klinische Analyse und Diagnose solcher Fälle und fügt den in seiner Arbeit enthaltenen Typen höherer Blödsinnsformen einen neuen Typus, den „Gelehrten"-Typus hinzu. Gerade die Häufigkeit solcher Fälle rechtfertigt es, sie einmal unter dem *Bleuler*schen Gesichtspunkte näher zu betrachten.

Indem ich die *Bleuler*sche Arbeit als bekannt voraussetze, hebe ich daraus nur hervor, daß, während bei den gewöhnlichen Blödsinnsformen der Verstand oder die Affektivität oder beide ungenügend entwickelt sind, „ein Scheitern im Sinne des Blödsinns auch durch ein ungünstiges Verhältnis verschiedener psychischer Eigenschaften unter sich bewirkt werden kann, ohne daß irgend eine Funktion für sich allein genommen als Ursache bezeichnet werden könnte". Solche Formen von Demenz bezeichnet *Bleuler* als Verhältnisblödsinn. Es handelt sich um Leute, deren „Triebe dem Verstand

[1]) Pseudonym. Der Name des Autors ist der Redaktion bekannt.



Aufgaben stellen, denen dieser nicht gewachsen ist, während er unter gewöhnlichen Verhältnissen genügen würde". Immerhin weicht die Art der Intelligenz dieser Kranken doch für gewöhnlich in einer ganz bestimmten Richtung ab: „die Beschränkung der Assoziationen, die sonst bei den angeborenen Schwachsinnsformen das hervorragende Symptom ist, tritt zurück vor der Unklarheit der Ideen", vor der „Entfernung des Denkens von der Sinnlichkeit" und vor der Neigung, „Theorien zu bilden, Theorien anderer in sich aufzunehmen und nach Theorien zu handeln, ohne sich um deren Anwendbarkeit für den gegebenen Fall oder überhaupt zu kümmern". „Solche Kranke erscheinen dem oberflächlichen Beobachter als sehr vielseitige Denker, dem genauer Zusehenden als Konfusionäre." „Rede und Benehmen sind aber besonders gewandt (‚höherer Blödsinn', ‚Salonblödsinn')." — „Der Verhältnisblödsinn als Syndrom aufgefaßt muß nicht unter allen Umständen angeboren sein", er kann unter gewissen Bedingungen auch bei der Schizophrenie in die Erscheinung treten. Manchmal bilden habituelle manische Verstimmungen die Grundlage des Trieblebens der Verhältnisblödsinnigen.

In den Schlußbemerkungen werde ich zeigen, inwieweit ich von den hier dargelegten, von *Bleuler* übrigens ausdrücklich als vorläufig bezeichneten Anschauungen, abweiche.

A. Vorgeschichte. — Der Patient, um den es sich hier handelt, Herr von X., geb. 1889, befindet sich seit dem 6. VI. 1913 in der geschlossenen Abteilung unserer Anstalt. Er kam zu uns aus der Klinik zu Y., in der er sich seit dem 14. XII. 1912 aufgehalten hatte. — Aus der Krankengeschichte der Klinik zu Y. sowie den dort erstatteten strafrechtlichen und zivilrechtlichen Gutachten entnehmen wir folgendes:

Vater etwas nervös, autokratische Natur. Mutter litt vom 16. Jahre an an epileptischen Anfällen, von denen sie seit 15 Jahren völlig geheilt ist. Eine ältere Schwester und zwei ältere Brüder des Pat. sind gesund. — Pat. wurde mit einer Meningocele am Hinterkopf geboren. Im 7. Jahre Operation des nunmehr etwa enteneigroßen, kaum mehr reponiblen Hirnhautbruchs (Knochenverschiebung) zur Deckung der Schädelöffnung. Später Nachoperation zur definitiven Schließung der übrig gebliebenen Spalte.

Schon in frühester Kindheit fiel bei dem Pat. eine aufbrausende Heftigkeit auf, die sich in Wutausbrüchen Luft machte. Ein zweiter Charakterzug war die Neigung zum hartnäckigsten Lügen, auch wenn er überführt worden war. Mit 9 Jahren entwendete er seiner Mutter aus dem Schreibtisch Geld, um damit Süßigkeiten zu kaufen. Da in der Normal-



ıule mit ihm nicht auszukommen war, wurde er in eine Besserungsstalt versetzt. Später kam er auf ein Gymnasium und in eine Pension einem Pastor. An beiden Stellen wurde er wegen seines widersetzlichen erhaltens entlassen. Auf einem neuen Gymnasium kam er auch nicht eiter, da er, anstatt zu arbeiten, die Nächte hindurch rauchte und dabei ine Lieblingsbeschäftigung, belletristische Lektüre, trieb.

Aus den Schulzeugnissen geht — soweit ich sie mir verschaffen onnte — folgendes hervor:

Im Abgangszeugnis einer Realschule, die er mit 17 Jahren verließ, vird das Betragen als tadelnswert bezeichnet wegen mutwilliger Störung m Rückfall. Aufmerksamkeit und Fleiß genügend, Deutsch gut, neue Sprachen genügend, Geschichte und Geographie genügend, Naturgeschichte und Mathematik mangelhaft. In der Obersekunda eines Gymnasiums war er laut Vierteljahrszeugnissen meist der letzte unter 20 Schülern, einmal der 14. unter 17. Auch hier ist vermerkt, daß der Schüler sein Benehmen noch nicht den Anforderungen der Schule anzupassen vermöge, nur selten konzentriert genug sei. Fleiß: unzureichend. Einmal jedoch werden seine recht erfreulichen Fortschritte erwähnt, die er „infolge seines anerkennenswerten Eifers und seiner nicht üblen Begabung“ gemacht habe; trotzdem bestehen Zweifel über seine Versetzung wegen der ungenügenden Leistungen in Mathematik und naturwissenschaftlichen Fächern. Mathematik immer ungenügend, Naturwissenschaften noch genügend oder mangelhaft, Geschichte genügend, Deutsch gut, ein andermal mangelhaft, Latein genügend oder mangelhaft, Geschichte genügend oder mangelhaft.

Schon während seiner Gymnasialzeit kontrahierte Herr von X. erhebliche Schulden. Auf dem letzten Gymnasium mußte sein Vater ca. 2000 Mark für ihn bezahlen, die er hauptsächlich in Zigaretten und einer Menge von Büchern angelegt hatte. — Ein Jahr vor dem Abitur wurde er wegen seines aufsässigen Wesens gegen seine Lehrer auch aus diesem Gymnasium entlassen, worauf er sich privatim auf das Abitur vorbereitete, das er mit Ach und Krach bestand. Er bezog dann die Universität in U., um Literatur und Philosophie zu studieren, und trat dort in ein Korps ein. Nach kurzer Zeit machte er sich durch sein direktionsloses Benehmen in der Betrunkenheit strafbar. Er zeigte überhaupt die Neigung, sich sinnlos zu betrinken, so daß man Maßnahmen ergriff, um ihn an allzu reichlichem Alkoholgenuß zu hindern. Trotz eines monatlichen Wechsels von 500 Mark, exklusive Zuwendungen für Reisen etc. und für seine gesamte Kleidung, machte er sinnlose Schulden. Das Schuldenmachen hatte insofern etwas Unsinniges, als er sich gleichzeitig dutzendweise Monokels, Spazierstöcke, 4 Hüte etc. kaufte. Mahnende Gläubiger — er hatte über 3000 Mark Schulden gemacht — vertröstete er mit dem Hinweis, er werde bald wieder aktiv werden oder das Band bekommen. Vor dem Konvent des Korps hatte er unter Ehrenwort falsche Aussagen gemacht. Dem Vater gab er schriftlich ein wissentlich falsches Ehrenwort.



Von U. aus ging Herr von X. im März 1912 nach Z., wo er sein unsolides Leben in verstärktem Maße fortsetzte. Sein ganzes Dasein bewegte sich — abgesehen von einigen schwächlichen Versuchen zu arbeiten — in unsinnigem Alkohol- und Tabakgenuß, Spielen, Schuldenmachen, Fechten und in seinen noch zu erwähnenden sexuellen Exzessen. Seit März 1912 bis zum Eintritt in die Klinik in Y. im Dezember 1912 hatte er über 12000 Mark Schulden gemacht, trotz des hohen Monatswechsels. Er verkehrte fast ausschließlich mit gleich veranlagten minderwertigen Elementen, in deren Gesellschaft er sich zu allem Schlechten verleiten ließ. Je länger er sich in Y. aufhielt, um so verwirrter wurde seine Lage. Seine Kumpane zogen ihn zum Spiel heran, wobei unsinnig viel geraucht und getrunken wurde. Je größer die Schuldenlast wurde, desto größer wurde die Abhängigkeit von den Gläubigern und um so drückender das schlechte Gewissen vor den Eltern, das wiederum in Alkohol betäubt wurde. Nach der Rückkehr aus den Sommerferien scheint Patient niemals mehr in einen Zustand besonnener Nüchternheit gekommen zu sein. Je größer der Alkoholkonsum wurde, umso lebhafter traten seine abnormen sexuellen Strebungen hervor, die im halbwegs nüchternen Zustand das Gefühl moralischer Minderwertigkeit hinterließen, das Herr von X. zum Teil durch „Ramschen" mit nachfolgenden Mensuren auszugleichen suchte. Die letzten Monate des Jahres 1912 hatte er so zugebracht, daß er fast nur von einer Betrunkenheit zur andern lebte, weil er sich vor dem Nüchternwerden fürchtete.

Was die vita sexualis des Patienten anlangt, so ist folgendes zu bemerken: Schon als Gymnasiast war er in Bordellen. Ausgesprochener Abscheu gegen die Weiber. Er hatte auch niemals eine „ideale Liebe" zu einem weiblichen Wesen gehabt. Masturbation angeblich erst in der Muluszeit. Als Korpsstudent zweimal in der Betrunkenheit mit einem Korpsbruder masturbiert. Verhängnisvoll wurde für ihn erst das Zusammentreffen mit einem raffinierten Homosexuellen in Y., der ihm die Überzeugung beizubringen wußte, daß die Homosexualität Zeichen einer höheren Ethik und einer verfeinerten Kulturstufe sei. Die meisten sexuellen Handlungen wurden in der Trunkenheit ausgeübt; angeblich handelte es sich nur um mutuelle Onanie. Seine Sexualobjekte gehörten vorwiegend dem niedrigen Arbeiterstande an. Es mußten rohe, schmutzige und verschwitzte Menschen sein. Er nahm sie öfters abends mit nach Hause und war verschiedentlich Bestehlungen und Erpressungen ausgesetzt. Mit einem Kellner hatte er ein regelrechtes Verhältnis bis zur totalen finanziellen Zerrüttung. Um die vox populi irrezuführen, fing er ein Verhältnis mit einer jungen Schauspielerin an, verkehrte aber nur einmal nach langem Drängen von ihrer Seite sexuell mit ihr mit sehr mangelhaftem Erfolg. — Patient ist ferner stark masochistisch veranlagt, ließ sich gelegentlich von einem Weibe, meist von Männern, peitschen und schlagen. Bei jeder Mensur bemerkte er, daß er bei größeren Schmissen Erektionen, ja Ejaku-



onen bekam. Er war immer mißmutig, wenn er auf der Mensur nichts og, weil er dann um das Lustgefühl kam. —

Eine weitere Perversität besteht in einer ausgesprochenen Koproilie, die sich in häufiger Beschmutzung der Leib- und Bettwäsche mit uhl äußert, und bei der auch der Geruchsinn eine große Rolle spielt.

Vom 15. XII. 1912 bis 5. VI. 1913 Aufenthalt in der Klinik in Y. urz vorher war es zum Einschreiten des Staatsanwalts gegen ihn gemmen infolge seiner eigenen Anzeige, daß er von einem Arbeiter, mit m er sich in der Trunkenheit geschlechtlich eingelassen hatte, total estohlen worden sei. — Aus der in Y. geführten Krankengeschichte geht ngefähr dasselbe hervor, was wir nachher noch selbst zu beobachten elegenheit hatten und noch ausführlicher schildern werden: Patient var zunächst leicht lenkbar, äußerlich geordnet. Eine wirkliche Reue eigte er nicht; obwohl er wissen mußte, daß seine ganze bürgerliche Existenz auf dem Spiele stand, war er nicht nennenswert deprimiert. Seine Hauptsorge war, daß er täglich sein bestimmtes Rauchquantum zugemessen bekam. Er sprach viel von seinen homosexuellen Neigungen, las und exzerpierte viel, u. a. das System der Ethik (!) von Rein. Er schrieb massenhaft Büchertitel auf und entwarf Dispositionen, sprach immer von seiner „Arbeit". Ein von ihm im Januar 1913 verfaßter großer Aufsatz über „Julian Apostata im Lichte von Mereschkowski, Dahn und Ibsen" wurde einem Professor der Philosophie vorgelegt und von ihm recht günstig beurteilt. Ende Januar verschaffte er sich heimlich Zigarren, versuchte u. a. einen Boten zu bestechen. Anfang Februar Schimpfparoxysmen wegen Tabakentzugs. Arbeitet nicht mehr, sitzt untätig brütend herum. Am Abend, als er erstmals keine Zigarren mehr bekam, sei er ganz aus dem Häuschen gewesen, wie verrückt. Arbeitet wieder, nachdem er wieder rauchen darf (Ende Februar). Begründeter Verdacht, daß er versuchte, mit entwendetem Schlüssel Zigarren und Zigaretten aus dem Vorratsschrank der Klinik zu stehlen. Lügt manchmal in schwachsinniger Weise. Schimpft hinterrücks über den Arzt. Im Juni wieder reizbarer, nachdem er im Mai eine relativ gute Zeit durchgemacht und täglich gut gearbeitet hatte.

Am 31. I. 1913 war ein strafrechtliches Gutachten abgegeben worden, in welchem Patient als ein schwerer konstitutioneller Psychopath mit homosexueller Veranlagung bezeichnet wird, dem mit Rücksicht auf seine krankhafte allgemeine Konstitution und den fortgesetzten übermäßigen Alkoholkonsum der Schutz des § 51 St.G.B. hinsichtlich der ihm zur Last gelegten Verfehlungen zuzubilligen sei. Patient wurde daraufhin exkulpiert. Am 15. II. 1913 wurde ein zivilrechtliches Gutachten abgegeben, das zu demselben Schluß kam wie das strafrechtliche. Die krankhafte psychische Verfassung des Patienten sei hauptsächlich charakterisiert durch grobe Defekte auf dem Gebiete des Gefühls und der Willenshandlungen, die trotz relativ guter intellektueller Be-



schaffenheit sein Handeln so stark beeinflußten, daß kein Bedenken zu tragen sei, Herrn von X. im Sinne des § 6 B.G.B. als geistesschwach zu bezeichnen. Das Gericht trat dem Schlußurteil des Sachverständigen bei, und am 26. V. 1913 wurde Patient, da er wegen Geistesschwäche außerstande sei, seine Angelegenheiten zu besorgen, nach § 6 B.G.B. entmündigt. Wir werden auf die in den beiden Gutachten enthaltenen Ausführungen über das Krankheitsbild später zurückkommen.

B. Eigene Beobachtungen. — Patient trat am 6. VI. 1913, aus der Klinik in Y. kommend, in unsere Anstalt ein. Der körperliche Befund ergibt außer dem operativ gedeckten Schädeldefekt am Hinterhaupt und zahlreichen Narben von Mensuren im Gesicht, hohem Gaumen, abstehenden großen Ohren und einem etwas asymmetrischen Gesicht nichts Besonderes. Patient macht für gewöhnlich einen intelligenten Eindruck. Der lebhafte Blick, die äußerst bewegliche Mimik, die Adlernase geben seinem Äußern einen „interessanten" Anstrich. Seine lebhaften Gesten, die glattrasierte Oberlippe, die Spannung und die Beweglichkeit, in die der ganze Körper beim Reden gerät, können den Eindruck erwecken, als hätte man es mit einem Schauspieler zu tun. Wenn er in Begeisterung gerät, was sofort eintritt, wenn man ihn nur reden, d. h. dozieren läßt (was bei ihm ein- und dasselbe bedeutet), so gewinnt man den Eindruck eines für seine Sache begeisterten Propheten. Sehr überraschend wirkt dann die plötzliche Veränderung des ganzen Menschen in seinem Gesichtsausdruck, seiner Körperhaltung und dem Ton seiner Stimme, wenn er durch irgend ein zweifelndes oder tadelndes Wort aus seiner Begeisterung herausgerissen und in die Wirklichkeit zurückgeführt wird. Er steht dann da wie ein bestrafter Schuljunge, der den Blick nicht zum Lehrer aufzuheben wagt. Er hat dann etwas kriecherisch Unterwürfiges, aber nichts Bösartiges. Für gewöhnlich versucht er sich in seinem Äußern als „Philosoph" zu geben: er geht vornübergebeugt, den Kopf zu Boden gesenkt, träumerisch, fährt dann plötzlich aus seinen Träumen auf wie weltvergessen.

In der ersten Zeit seines hiesigen Aufenthalts spricht er bei den Visiten oft in unendlichem Wortschwall von seinen literarischen und philosophischen Arbeiten und Absichten, schweift dabei leicht auf Nebengeleise ab, bringt in dozierendem Ton eine Menge gelehrten Wustes aus den verschiedensten wissenschaftlichen Gebieten. Wartet dabei gern auf den Eindruck, den seine Phrasen machen würden. Schlägt zur Bekräftigung absolut nichtssagender Redensarten energisch auf den Tisch, redet sich in höchste Ekstase hinein, springt zwischendurch plötzlich wieder auf. Bei jeder Gelegenheit sucht er als der bescheidene Mann zu erscheinen, bringt plumpe Schmeicheleien, schildert sich selbst als den vollendeten Lumpen, für den eigentlich seine Angehörigen viel zu gut sorgten, der froh sei, entmündigt und damit der Verantwortung für sich selbst enthoben zu sein. Bringt eine ganze Anzahl höchst kleinlicher Wünsche vor, teilweise



einerlichem Tone, oft mit der Begründung, man habe ihm doch gesagt, solle es hier gut haben. Sucht dabei auf jegliche Art zu imponieren, rschüttet den Arzt mit Worten, so daß man kaum zum Fragen kommen n. Gibt, als man es ihm auf den Kopf zusagt, zu, sich für diese Expekationen zu präparieren, teilweise sogar schriftlich. Bringt monströse ernen für seine Arbeiten vor, die er aber bis zur nächsten Visite wieder gessen hat, so daß er sie selbst auf Befragen nicht reproduzieren kann. faßt oft die einfachsten Zusammenhänge nicht, klammert sich häufig Kleinigkeiten, an einzelne Worte und nebensächliche Bemerkungen. s einzelnen Fragen, die er bei den Visiten stellt, ergibt sich, daß ihm elfach die einfachsten Grundbegriffe fehlen. Rezitiert oft fast wörtlich swendig große Stellen aus philosophischen Abhandlungen. Läßt sich s sämtlichen Bibliotheken der Umgebung philosophische und literarische erke kommen, exzerpiert dieselben, unterstreicht in den Exzerpten assenhaft mit schwarzer und roter Tinte, behandelt dann derartige anuskripte wie eigene geistige Produktionen. Ist offenbar selbst von einer eigenen hervorragenden Leistungsfähigkeit überzeugt. Möchte nbedingt ordentlicher Professor werden, rümpft über Privatgelehrte vie Möbius, Chamberlain, die Nase, spricht ihnen alle Bedeutung ab, ennt Hermann Grimm den „schalsten Schwätzer unserer Literaturgeschichte“, ein Ausdruck, den er irgendwo aufgeschnappt hat. Hat hochfliegende literarische Pläne, will verloren gegangene Werke ausgraben, literarische Ehrenrettungen vornehmen, die „jüdisch beeinflußte deutsche Literaturgeschichte“ (offenbar frei nach Chamberlain!) reformieren. Mit diesem Auftreten kontrastieren stark seine kleinlichen Wünsche, die er immer wieder in weinerlichem Tone vorbringt und oft mit einer sehr plumpen captatio benevolentiae einleitet. Stellt immer wieder seinen Fleiß und seine Art, sich hier zu fügen, in das rechte Licht. In Wirklichkeit benützte er anfangs jede Gelegenheit, seinen Tagesplan zu umgehen, sich von der Arbeit zu drücken, insbesondere von der körperlichen Tätigkeit. Nach und nach wurde er jedoch äußerst fleißig, exzerpierte und schrieb 6—8 Stunden im Tag und war mit Mühe zum Spazierengehen oder zu größeren Ausflügen zu bewegen.

Patient hat zu seinem behandelnden Arzt von Anfang an eine gute Einstellung, die nach und nach fast in Schwärmerei übergeht, ihn aber doch nicht hindert, wenigstens im Beginn des hiesigen Aufenthalts, hinter seinem Rücken über ihn zu schimpfen oder ihn mit Vorwürfen zu überschütten, so z. B. bei Gelegenheit von Fragen nach seiner vita sexualis. Erklärte darauf, man wolle ihn demütigen; wenn man ihm seine Ehre nehmen wolle, so möge man es gleich sagen. Entschuldigt sich aber hernach tausendfach sehr kleinlaut, man möchte ihm doch ja sein Verhalten nicht übelnehmen. Setzt sich unter Anwendung ehrenrühriger Titel herab, um so „Verzeihung“ zu erlangen. Macht sich ein Geschäft daraus, das Pflegepersonal und ihm unsympathische Mitpatienten beim behandelnden Arzt



anzuschwärzen und über die andern Ärzte zu schimpfen. Versucht dabei mehrfach, Mitpatienten gegen die Hausordnung aufzuhetzen, sie zu foppen, macht sich über ihre Krankheitsäußerungen, speziell über absurde Wahnideen, lustig; erzählt dann, andere Patienten hätten dies getan, so etwas dürfe man doch nicht dulden. Gibt dann aber schließlich zu, selbst der Schuldige zu sein. Wenn er verstimmt ist, trägt er dies in theatralischer Weise zur Schau, nimmt es aber nicht übel, wenn man ihn in dieser Beziehung nicht ernst nimmt.

Zum leitenden Arzt äußerlich überkorrekt und unterwürfig. Spricht von ihm anfangs aber nur als von dem „Gefängnisdirektor", dem „Sadisten"; schimpft auf Spaziergängen mit seinem Wärter so laut über ihn, daß die Passanten aufmerksam werden; er könne den Kerl nicht ausstehen, man solle ihm diesen elenden Kerl nicht mehr nennen etc. Erklärt bei einem Zornausbruch, der leitende Arzt werde nicht eher ruhen, als bis er „einen Kranz am Grabe seines (des Pat.) Intellekts niedergelegt habe". Patient meint damit, man wolle ihn in den „Zellenbau" versetzen. Auf die Frage, ob er bald einmal Besuch von seiner Familie bekäme, ist er den ganzen Tag verstimmt, da er aus der Bemerkung schließen zu müssen glaubt, der Arzt wolle seine Eltern gegen ihn aufhetzen. Ein andermal ist er schwer erregt, nachdem der leitende Arzt geäußert hat, Patient brauche sich nicht mehr Blumen zu kaufen, er könne sie auch aus dem Anstaltsgarten erhalten. Er schließt daraus, man gönne ihm die Blumen nicht. In der letzten Zeit seines Aufenthalts wird er auch dem leitenden Arzt gegenüber etwas zutraulicher, nachdem er gesehen, daß dieser sich für ihn interessiert. Gibt ihm bereitwillig über alles Auskunft; gesteht, er müsse wegen seines Verhaltens in der Anfangszeit vieles abbitten, bleibt aber im Grunde so unzuverlässig wie zuvor. Von den übrigen Ärzten spricht er mit Vorliebe als Schleimscheißern, elenden Hunden etc. Wenn eine Dame ins Haus kommt, fragt er, was für eine Sau da herumgeführt worden sei.

Seinem Pfleger gegenüber spielt er mit Vorliebe den großen Herrn, wie er sich überhaupt Subalternen gegenüber stets sehr hochfahrend benimmt. Die Verkäufer in den Läden schreit er an; nichts kann ihm gut und rasch genug gemacht werden. Dazwischen sucht er sich gerade bei seinem Wärter wieder anzubiedern, erzählt ihm eine Zeitlang gerne zotige Anekdoten, sucht ihn zu erregen durch Schilderungen weiblicher Toiletten oder Körperformen; schimpft auch ihm gegenüber auf die Ärzte, die Anstalt und andere Patienten. Versucht immer wieder, ihn mit Klatsch und Verleumdungen zu unterhalten, bittet ihn dann aber, nur Gutes über ihn zu berichten.

Daß er die Mitpatienten foppt und aufhetzt, wurde schon erwähnt. Auffallend ist dabei seine erstaunliche Kritiklosigkeit in der Beurteilung ihres Charakters und ihrer Intelligenz. Einem Imbezillen mit einer Pfropfhebephrenie und schweren Sinnestäuschungen und Wahnideen hält er stundenlang philosophische Vorlesungen. Mit einem 70 jährigen Maniacus



schließt er Duzbrüderschaft. Auf der offenen Abteilung, wo er sich allmählich zu bestimmten Tageszeiten aufhalten darf, benimmt er sich äußerst korrekt und liebenswürdig, so daß er von vielen gern gesehen und als höchst interessanter Mensch beurteilt wird. Einen alten Herrn besucht er abends häufig auf dem Zimmer, um ihm eine Freude zu machen und ihn zu zerstreuen.

Seit Mitte Juli erhält Patient alle 4—5 Wochen Besuche von einem Dozenten der Philosophie, der seine philosophischen Studien leitet, und von dem er nur in Tönen höchster Verehrung und Bewunderung spricht. Beim ersten Besuch glaubte er anfangs, daß der betreffende Dozent nicht der ihm angekündigte Lehrer sei, sondern ein Arzt, der ihn in eine andere Anstalt verbringen müsse. Er ist jeweils überglücklich, wenn sein Lehrer ihm ein Lob über seine Arbeiten spendet. Alles, was ihm dieser sagt, ist für ihn wie ein Evangelium. Seine Äußerungen wiederholt er oft wörtlich als seine eigenen.

Was die vita sexualis unseres Patienten anlangt, so ist noch zu bemerken, daß er auch hier anfangs sehr häufig seine Wäsche beschmutzt hat; so kam er regelmäßig vom Tennisspiel mit beschmutzter Wäsche zurück. Er wurde offenbar durch die Tennisjungen sexuell gereizt, was dann zu der Stuhlentleerung führte. Der Geruch, ja der Geschmacksinn spielen bei seiner Koprophilie eine starke Rolle. Seinen Sexualobjekten geben Stall- und Schweißgeruch einen fetischistischen Reiz. So regen ihn z. B. Stallknechte nur auf, wenn der Stallgeruch an ihnen haftet; wenn er sie am Sonntag spazierengehen sieht, reizen sie ihn nicht. Fetischistische Bedeutung hat ferner Soldaten- und Matrosenuniform. Der Geruch von Pferden an und für sich führt bei ihm zu Erektionen. (Nebenbei bemerkt besitzt er eine Idiosynkrasie gegen Seide, deren Berührung ihm höchst peinlich ist und sofort eine Gänsehaut hervorruft. Er ist „wahnsinnig empfindlich“ gegen Elektrizität, hat lange Zeit auf einen elektrischen Knopf nicht mit dem Finger, sondern nur mit dem Ellenbogen gedrückt.) Daß er offenbar dadurch sexuell erregt wird, daß er seinen Wärter durch Zoten und heterosexuelle Anspielungen anreizt, wurde schon erwähnt. Eine homosexuelle Betätigung irgendwelcher Art konnte ihm während des hiesigen Aufenthalts nicht nachgewiesen werden. Auch auf den Spaziergängen, die er allein unternehmen durfte, und bei denen er öfters heimlich kontrolliert wurde, scheint nichts vorgekommen zu sein. Patient gibt an, nie heterosexuelle Phantasien oder Träume gehabt zu haben. Bei der Masturbation, die der homosexuellen Betätigung vorausgegangen ist, und die auch jetzt noch eine Rolle spielt, habe er sich früher ganze homosexuelle Romane ausgedacht, bis es zur Erektion kam. Die Frage nach päderastischer Betätigung weist er entrüstet von sich: „Dagegen bäumt sich selbst in größter Besoffenheit der Ästhet in mir auf“! Ein gutes Beispiel für den höchst relativen Charakter seines ästhetischen Empfindens!



In seiner Phantasie spielt nach seinen eigenen Angaben die Erotik jetzt nur eine geringe Rolle; dagegen spielen die größte Rolle Wachträume ehrgeizigen Inhalts, die ihm den Gipfel des Wissens und der höchsten Ehren eines Gelehrten zeigen und ihn auch als moralisch makellos erscheinen lassen. Bezeichnend ist, daß sein Wille zur Macht und zur Geltung vor den Mitmenschen niemals zu Phantasien führt, in denen er König, Heerführer, Minister oder dgl. wäre. Er habe immer nur „Mensch sein wollen und ein begeisterter Gelehrter". So sieht er sich, namentlich auf seinen Spaziergängen, im Bad oder wenn er durch Musik „inspiriert" ist, als Rektor der Universität seiner Vaterstadt eingeführt, er hat den Nobelpreis bekommen, seinen Doktor summa cum laude gemacht, oder er erntet als Schauspieler Lorbeeren. Oder aber er sieht sich rehabilitiert in seinem Korps, nichts ist vorgefallen, ihm war Unrecht geschehen, andere waren es, die auf seinen Namen alle seine Schlechtigkeiten begangen hatten. All dies sieht er in seinen Wachträumen „zum Greifen deutlich vor sich, geradezu illusionär" (meint wohl visionär). Ebenso visionär erschaut er aber auch andere Situationen, so z. B. sah er „in dem schrecklichen Gefühl, von dem leitenden Arzt verfolgt zu werden", deutlich vor sich, wie er in den Zellenbau gesperrt wurde.

Was seine Affektivität anlangt, so geht schon aus dem Bisherigen hervor, daß wir es mit einem Menschen von stark sanguinischem Temperament zu tun haben. Seine Affektivität ist auf äußere Reize hin äußerst lebhaft. Die Affektschwankungen durchlaufen in kürzester Zeit alle Phasen von der begeisterten Extase und den höchsten Glücks- und Machtgefühlen bis zur völligen Niedergeschlagenheit, Mutlosigkeit und Verzweiflung. Patient ist ferner empfindlich und reizbar einerseits, trägt andererseits nicht allzu lange nach und ist durch ein gutes Wort oder Lob um den Finger zu wickeln. In klinischer und diagnostischer Hinsicht ist noch bemerkenswert, daß, wie wir gesehen haben, Intensität und Inhalt der Stimmungsschwankungen in keinem „normalen" Verhältnis zur äußeren Ursache stehen, sondern das Maß des Gewöhnlichen weit überschreiten, und daß der äußere Anlaß oft überhaupt nur dadurch als Reiz wirken kann, daß Patient ihn im Sinne seines Mißtrauens und seiner Empfindlichkeit umdeutet. Ferner kommen Verstimmungszustände in Betracht, die wohl als endogen aufgefaßt werden müssen. Abgesehen von den nur einige Stunden oder einige Tage dauernden Verstimmungen im Sinne erhöhter Reizbarkeit oder Niedergeschlagenheit kommen auch länger dauernde Verstimmungszustände vor. Nachdem Patient z. B. in der zweiten Hälfte des September einzelne kurz dauernde heftige Erregungszustände durchgemacht hat, ist er während der ganzen ersten Oktoberwoche dauernd in einem leichten Erregungszustand, in dem er grundlos schimpft, manchmal aber ganz im Gegensatz zu seiner sonstigen Geschwätzigkeit wortkarg ist.

Am 5. Oktober bemerkt die Krankengeschichte: Der Aufregungs-



zustand hält immer noch an, mit Mühe beherrscht sich der Patient, unterdrückt gröbere Ausbrüche. Auf seinen Spaziergängen rennt er mit aufgeregten Schritten im Park hin und her; auf Gängen außerhalb des Parks hat der Pfleger Mühe, ihm zu folgen. Am 8. Oktober: Allmählich ruhiger, bedauert selbst auf das lebhafteste, immer von Zeit zu Zeit in grundlose Erregung hinein zu geraten, fragt, wie er dem vorbeugen könne; arbeitet jetzt wieder sehr viel an seinen philosophischen Studien. Mitte Oktober war dann die Stimmung noch eine wechselnde, um allmählich in eine gleichmäßige Stimmung überzugehen. Seither, d. h. seit Ende Oktober, ist Patient im allgemeinen sehr viel ruhiger und gleichmäßiger als in den ersten vier Monaten seines hiesigen Aufenthalts. Alle geschilderten Symptome und Eigenheiten sind sehr viel geringer geworden; daneben zeigt Patient einen erstaunlichen Fleiß und eine riesige Ausdauer in seinen Studien.

Über seine Zukunftsgedanken befragt, äußert Patient sich jetzt folgendermaßen:

Er sei ja hier gar nicht in einer Anstalt, sondern in einer Klosterzelle. Er wolle den ganzen nächsten Sommer noch hier bleiben, besonders wegen der hiesigen Bibliothek. Man müsse den genius loci auskosten. Dann wolle er nach Basel in eine Pension oder zu einem Arzt mit 10 Mark Taschengeld pro Woche. Er wolle in eine kleine Universitätsstadt, um das hiesige Leben noch ein Jahr fortsetzen zu können, er wolle in Basel Häberlin und Joel hören, dann Examen in Zürich machen in Literatur und Philosophie. Zürich habe er sich in den Kopf gesetzt, da dort doch ein reges Leben herrsche. Er möchte in eine geregelte akademische Tätigkeit, um die „Wonne zu haben", seine Gedanken einem lebenden Publikum zu übermitteln, so wie Marx von Hamburg weg sei, weil er dort nicht genügend auf andere wirken könne. „Ich will zehn bis fünfzehn Jahre Professor spielen oder sein, zunächst kein Privatgelehrter." „Ich bedanke mich, mit Harden, Landsberger, Mauthner zusammen genannt zu werden. Man muß sich nicht gegenüber der alles beherrschenden Clique stellen."

Aus der Intelligenzprüfung des Patienten. — Wir haben zur Beurteilung der Intelligenz des Patienten im großen und ganzen drei verschiedene Anhaltspunkte: 1. Seine Lebensführung überhaupt, außerhalb und innerhalb der Anstalt, 2. die Intelligenzprüfung selbst, 3. seine schriftlichen Arbeiten.

Was die Intelligenzprüfung anlangt, so konnte sie begreiflicherweise nicht systematisch in allen Zweigen ausgeführt werden, da ja dem Patienten verheimlicht werden mußte, daß es sich um eine Prüfung seiner Intelligenz handle. Es wurde ihm als Grund der Untersuchungen nur immer angegeben, daß man die Art seines Denkens untersuchen wolle, da er philosophisch und logisch gebildet sei etc. Auf diese Weise ging er auf die Untersuchung leicht ein. Sein geistiges Inventar wurde, um ihn nicht stutzig zu machen, nicht systematisch geprüft, zumal es für die Be-



urteilung des Falles nicht sehr wichtig ist. Soweit es sich übersehen ließ, ergab sich, daß das Schulwissen — abgesehen von der Literaturgeschichte — ein sehr geringes ist. In den Naturwissenschaften weiß er so gut wie nichts, was aber auch mit dem Unterricht in den von ihm besuchten Lehranstalten zusammenhängen mag. Für Mathematik hat er sehr wenig Verständnis, aber auch nicht weniger als mancher Normale. Algebraische Gleichungen, einfache Zinseszinsrechnungen sind ihm nie recht gelungen. Hingegen beherrscht er das große und das kleine Einmaleins sehr gut. Zu erwähnen ist, daß er beim Kopfrechnen mit doppelstelligen Zahlen die Zahlen genau auf dem Papier vor sich sieht und analog dem schriftlichen Verfahren vorgeht, also bei Subtraktionen die Zahlen im Geiste untereinander stellt und dann die eine von der andern abzieht. Bei Multiplikationen mehrstelliger Zahlen behilft er sich mit besonderen technischen Tricks, auch wenn dieselben umständlicher sind als rein gedankliche Tricks. Daß man z. B. bei der Multiplikation mit 9, 19, 29 lieber mit 10, 20, 30 multipliziert und dann wieder den entsprechenden Betrag subtrahiert — solche gedankliche technische Hilfsmittel kennt er nicht. In der Geschichte hat er ein ganz ungeordnetes Wissen. Manchmal frappiert er durch Detailkenntnisse, die er aber aus seinen philosophischen Studien gewonnen hat. Andererseits fällt er aber auch durch merkwürdige Unkenntnis einzelner Details auf: die Schlacht bei Königgrätz z. B. habe in dem in den Jahren 64—66 mit Österreich geführten Kriege stattgefunden. Näher über diesen Krieg befragt, erklärt er, das sei ihm vollständig unwichtig und gleichgültig. Er könne nur geschichtliche Daten behalten, bei denen er sich auch etwas denken könne (!),' wie z. B. die Zahl 1483 für die Eroberung von Konstantinopel als den Beginn der Renaissance, die Zahl 1518 (!) als den Beginn der Reformation etc. Dieser Einwand ist typisch für unseren Patienten; als ob man sich bei der Schlacht von Königgrätz und dem Krieg Preußens gegen Österreich nichts denken könne! Nur er kann sich nichts dabei denken infolge seines ganz einseitig entwickelten Interesses für die Geschichte der Literatur und der Philosophie. Auch die Kulturgeschichte interessiert ihn nicht als solche, sondern nur insoweit, als er durch das Studium der beiden andern Wissenszweige darauf gestoßen wird.

Was die „niederen Äquivalente der Intelligenz" (*Meumann*) anlangt, so wollen wir uns zunächst an das Gedächtnis halten, ohne es hier schon einigermaßen erschöpfend darstellen zu können. Auf die andern niederen Äquivalente der Intelligenz, wie Anschauung, Beobachtung, werden wir im Zusammenhang mit dem Gedächtnis und den höheren Funktionen der Intelligenz eingehen.

Patient besitzt an und für sich von Kind an ein gutes Gedächtnis. So behauptet er, er habe als Kind ganze Predigten wieder hersagen können. Später scheint das visuelle Gedächtnis über das akustische, wenn man sich so ausdrücken darf, bei weitem den Sieg davongetragen zu haben. Das Gedächtnis für Gesichtseindrücke ist so stark entwickelt, daß er

Jahren sich erinnert, ob bestimmte Stellen aus Büchern auf der
n oder rechten Seite, oben oder unten standen und daß er, wenn
nen bestimmten Passus sucht, oft instinktiv ein Buch an derjenigen
e aufschlagen kann, an der sich die betreffende Stelle befindet. Noch
er als das Gedächtnis für Gelesenes ist dasjenige für Selbstgeschriebenes.
an er einen Passus in einem Buche nicht versteht, schreibt er ihn
ler; sobald er ihn niedergeschrieben hat, glaubt er ihn verstanden
haben. Wenn wir mit *Meumann*[1]) am Gedächtnis zwei Eigen-
aften unterscheiden, nämlich den Umfang und die Schlagfertigkeit,
müssen wir, wie oben schon erwähnt, den Umfang als beschränkt be-
chnen auf gewisse Interessengebiete, finden ihn aber innerhalb dieser
teressengebiete relativ groß. Auf den betreffenden Gebieten (Philosophie
d Literatur) wird daher durch diese Äquivalente oder Surrogate der
gentlichen Intelligenz leicht eine wirkliche Intelligenz vorgetäuscht.
och mehr aber ist dies der Fall, wenn wir die außerordentliche Schlag-
rtigkeit des Gedächtnisses unseres Patienten berücksichtigen, die wir
päter noch kennen lernen werden. Aber hier sei schon hervorgehoben,
aß bei näherer Betrachtung diese Schlagfertigkeit viel weniger auf dem
orhandensein höherer logischer Assoziationen beruht als auf dem Vor-
walten rein zufällig empirisch erworbener Assoziationen der Ähnlichkeit
und Sukzession, sowie vor allem auch der sprachlichen Assoziationen
(Klangassoziationen usw.). Sein Gedächtnistypus ist ein vorwiegend
mechanischer und keineswegs ein logischer. Hinsichtlich seines Repro-
duktionstypus besitzt er im allgemeinen nichts weniger als ein „typisch
treues oder vollständiges" Gedächtnis, kein objektives oder zuverlässiges
Gedächtnis. Nur für sprachliche Symbole und einzelne visuelle Eindrücke
ist sein Gedächtnis auffallend scharf und genau. Dabei ist unverkennbar,
daß sein gutes Gedächtnis für Worte, insbesondere für sprachlich auf-
fallende Wortzusammensetzungen, die er bei seinen Autoren findet,
nicht nur eine eigentliche Intelligenz nach außen vortäuschen kann,
sondern auch ihre innere Ausbildung hindert. Da ihm infolge des
schlagfertigen Reproduktionstypus immer leicht Material aus der
Erinnerung zufließt, ist er bei den bescheidenen Ansprüchen, die er an
sein Denken stellt, und bei der vorwiegend auf Bluff und Schein
beruhenden Sprechweise der Mühe enthoben, selbständige Zusammen-
hänge zu suchen.

Seine Phantasie-Begabung ist, wie wir schon gesehen haben, eine
eng begrenzte; sie steht vorwiegend im Dienste der Triebe nach vermehrter
Geltung und läßt hierin eine offenkundige Überkompensation seiner
Minderwertigkeitsgefühle erkennen. Auf diesem beschränkten Gebiete
sowie vielleicht noch auf dem Gebiete des Geschlechtstriebes, das bei ihm

[1]) *E. Meumann*, Intelligenz und Wille. 2. Aufl. 1913 bei Quelle & Meyer in Leipzig.

weniger studiert werden konnte, ist eine gewisse, wenn auch eher niedrige kombinatorische Tätigkeit nachzuweisen. Jedenfalls wohnt der Phantasie auf diesem Gebiete eine sehr starke sinnliche (visuelle) Kraft inne. Wenn nach *Meumann* der Hauptunterschied zwischen Phantasie und Denken darin liegen soll, „daß bei aller Denktätigkeit uns die Vorstellungen nur Mittel zum Zweck sind, nämlich Mittel zum Zweck des Aufsuchens logischer Beziehungen", bei der Phantasietätigkeit aber „die Vorstellungen zum Selbstzweck werden"[1]), so nehmen wir für unseren Fall vorweg, daß hier der Charakter der Vorstellungen als Selbstzweck ungleich stärker ausgebildet ist als ihr Charakter zum Zweck des Aufsuchens logischer Beziehungen. Was das Denken und die eigentliche Intelligenz anlangt, so wollen wir erst das uns vorliegende Material näher betrachten.

Am geeignetsten erscheinen mir stets zur Prüfung der Intelligenz der leichteren Schwachsinnsformen der Gebildeten die Unterschieds- und Definitionsfragen, wie sie z. B. im *Ziehen*schen Lehrbuch unter der Prüfung der Abstraktion empfohlen werden. Aus den sonstigen üblichen Intelligenzprüfungsmethoden ist für diese Fälle nicht viel zu holen. Es sei nur kurz erwähnt, daß Patient z. B. die *Ebbinghaus*sche Ergänzungsprüfung ausgezeichnet besteht, daß er in den gewöhnlichen Prüfungen der Auffassung nicht von der Norm abweicht. In mancher Beziehung interessant, wenn auch für einen Fall wie den vorliegenden keineswegs zu eindeutigen Resultaten führend, ist das Assoziationsexperiment, auf das wir vorher noch kurz eingehen wollen.

In der Auffassung des Experiments ist Patient zunächst etwas schwerfällig; es muß ihm wiederholt erklärt werden, worauf es dabei ankommt. Patient sträubt sich zunächst dagegen, da er einmal etwas von Psychoanalyse hat läuten hören, und meint, man wolle ihn mittels des Experiments analysieren, wogegen er sich heftig wehrt. Das Experiment selbst ermüdet ihn offenkundig. Bei einem Reproduktionsversuch (es wurden 100 Assoziationen nach Schema 1 der Züricher Klinik geprüft) streikt er nach der 19. Reproduktion völlig, ist dabei sehr nervös und erregt, fleht den Untersucher an, aufzuhören. Der Versuch mache ihn furchtbar kribbelig; lieber arbeite er stundenlang. Das Experiment erfordere einen kolossalen geistigen Kraftaufwand, viel mehr als die Deduktion des größten philosophischen Systems. „Da hat man einen furchtbaren Blödsinn geredet, und nachher erinnert man sich nicht. Für solche Sachen habe ich gar kein Gedächtnis, dafür muß ich mich allenfalls schriftlich präparieren" (?). Offenbar fühlt sich Patient in seinem Intelligenzkomplex getroffen und verzichtet deswegen auf die weitere Fortsetzung

[1]) Ich erblicke in dieser Unterscheidung *Meumanns* einen vorwiegend praktischen Vorteil, während ich theoretisch mit *Häberlin* (Wissenschaft und Philosophie, Band I) im Denken nur einen Spezialfall der Phantasie sehe.



des Reproduktionsversuchs, der übrigens nicht schlechter ausfiel als bei andern affektiv erregbaren Menschen.

Was zunächst das Prozentualverhältnis der einzelnen Reaktionen in formaler Hinsicht anlangt, so finden wir:

Innere Assoziationen 23% (davon fallen etwa die Hälfte in die Rubrik sachliches Urteil. Werturteile nur 3).

Äußere Assoziationen 77%.

Unter diesen fallen auf Assoziationen nach Koexistenz 2%, nach Identität 4%. Sprachlich-motor. Formen 71%

Gerade die letzte Zahl ist für unseren Fall von Interesse, da sie die große sprachliche Gewandheit des Patienten auch experimentell beweist. Unter den 71 sprachlich-motorischen Assoziationen fallen 61 auf „geläufige Phrasen und Wortzusammensetzungen", 10 auf „Sprichwörter und Zitate". Gerade die Zitate weisen mit ihrer in der Regel kurzen Reaktionszeit auf die Schlagfertigkeit seines Gedächtnisses hin. Bemerkenswert ist auch, daß wir keine Klangreaktionen und Reime finden. Die große Menge der Wortzusammensetzungen und geläufigen Phrasen zeigt, daß auch die sprachlich-motorische Begabung wiederum eine einseitige ist; sie scheint kaum nach der Seite der Klangähnlichkeit entwickelt zu sein und sich größtenteils auf Assoziationen zu beschränken, die durch häufige Wiederholung sprachlich stark eingeübt sind.

Überblicken wir das prozentuale Gesamtverhältnis der Assoziationen, so müssen wir unseren Patienten ohne weiteres zu den gebildeten Menschen rechnen. Unter den neun gebildeten Männern, die *Jung* und *Riklin*[1]) untersucht haben, hat nur einer, der als intelligent und sehr gebildet bezeichnet wird, weniger innere Assoziationen und ebensoviel äußere Assoziationen wie unser Fall. Bei den meisten übrigen (noch abgesehen von Fall 9) ist der Unterschied zwischen der Zahl der inneren und der äußeren Assoziationen viel geringer. Keiner der 9 Fälle von *Jung* und *Riklin* weist soviel sprachlich-motorische Assoziationen auf wie unser Fall.

Bisher sehen wir nur, daß unser Fall zu den Gebildeten gerechnet werden muß, und wir werden sehr vorsichtig sein, daraus auf die Intelligenz Schlüsse zu ziehen. Auch hinsichtlich der Bildung ersehen wir daraus nicht mehr, als daß der Patient sprachlich sehr gewandt ist, und daß er entsprechend der großen Anzahl teils seltener Sprichwörter und Zitate viel gelesen haben muß. Zeichen von ausgeprägtem Schwachsinn wie vor allem die Definitionstendenz waren nicht nachzuweisen. Satzreaktionen überhaupt kamen nur in Form von Zitaten vor. Egozentrische Reaktionen und subjektive Werturteile, die man nach der sonstigen Kenntnis des Patienten unbedingt erwartet hätte, traten nur ganz vereinzelt auf.

Das wahrscheinliche Mittel der Reaktionszeit beträgt 2,4 Sekunden,

---

[1]) Diagnostische Assoziationsstudien I. Bd., I. Beitrag: Experimentelle Untersuchungen über Assoziationen Gesunder.

ein auffallend hoher Wert, der auch den unbefangenen Beobachter stutzig machen müßte. Bei gebildeten Männern fand *Jung*[1]) als Durchschnitt des wahrscheinlichen Mittels (W. M.) 1,3 Sekunden, bei ungebildeten Männern 1,8. Die durchschnittliche Reaktionsdauer seiner Gesamtversuche bei Männern und Frauen (gebildeten und ungebildeten) beträgt 1,8. Sehr viel höhere Zahlen fand hingegen *Wehrlin*[2]) im allgemeinen bei Imbezillen und Idioten, und zwar durchschnittlich 3,0 Sekunden. Wir können natürlich aus dem einen Versuch keine irgendwie sicheren Schlüsse ziehen. Es würde sich aber der Mühe lohnen, weitere ähnliche Fälle systematisch zu untersuchen im Hinblick darauf, ob das bisher sonst nicht beobachtete Zusammentreffen des Überwiegens äußerer, namentlich sprachlich-motorischer Assoziationen mit einer auffallend hohen durchschnittlichen Reaktionszeit sich noch öfters nachweisen ließe: es ergäbe sich daraus ein deutlicher Unterschied gegenüber den Gebildeten einerseits (lange Reaktionszeit) und gegenüber den schweren Schwachsinnsformen (starkes Vorherrschen der äußeren Reaktionen, insbesondere der sprachlich-motorischen) andererseits.

Einzelne sehr hohe Reaktionszeiten (bis zu 15 Sekunden) und sonstige deutliche Komplexzeichen weisen auf die affektive Erregbarkeit unseres Kranken hin und lassen deutlich die Komplexe erkennen, die wir bei dem Patienten schon in seiner Lebens- und Krankheitsgeschichte gefunden haben.

Unterschieds- und Definitionsfragen. — Solche Fragen habe ich dem Patienten zum erstenmal am 7. VII. 13 vorgelegt, die Antworten habe ich jeweils nachstenographiert. Das Nachstenographieren und die Erklärung, ich wolle sehen, wie weit Patient sich als Philosoph im logischen Denken geübt habe, hatten natürlich zur Folge, daß Patient der Untersuchung eine besonders große Wichtigkeit beimaß, und daß seine Ausdrucksweise noch geschraubter wurde als sonst. Es ist klar, daß er seine Intelligenz und Bildung dabei in einem besonders hellen Licht erstrahlen lassen wollte. Infolgedessen kommt auch noch ein gewisser Examenstupor hinzu in der Form der emotionellen Stupidität (*Jung*).

Unterschied zwischen Kind und Zwerg? „Sie haben dieselbe Gestalt, aber andere Allüren. Man kann diesen Unterschied deduktiv oder induktiv fassen. Ich glaube an einen Ausgleich in der Natur, an einen Ausgleich, gestützt auf die Theorie Lombrosos und gestützt auf die physiognomischen Partikularitäten dieser Wesen; damit sind wir aber noch nicht fertig. Das wäre nur ein äußeres Zeichen. Von diesen allgemeinen Begriffen gehen nun allgemeine Unterabteilungen hervor. Ich habe ein Zwergquartett gesehen in einem Variété. Es fiel mir auf, daß die Stimmen in einem eigenartigen Mißverhältnis standen zu der Körperkleinheit, so daß

[1]) l. c. IV. Beitrag.

[2]) l. c. II. Beitrag.



durch die Abnormität eine größere wurde. Die Stimme war unangenehm
arrend, während das Kind eine sanfte und weniger bombardierende
imme hat. Die Zwerge haben zu viel des Grellen, Quäkenden. Was
s am Kind erfreut, beleidigt das Auge am Zwerg. Der Zwerg hat etwas
kisches, das Kind ist heiter — kurz, seine Bewegungen sind harmonisch,
im Zwerg nicht. Der Zwerg ist ein körperlich auf der Stufe der Kindheit
rückgebliebenes Wesen, während die mentalen Funktionen in einem
ißverhältnis stehen zur äußeren Gestalt ihres Trägers. Das Kind ist
benfalls von kleiner Gestalt, welche aber zu seinem Alter — falls der
ntwicklungsgang ein normaler — proportional ist, und auf einer Pro-
ortion der mentalen Verhältnisse zu der der Größe etc. auch dieser Stufe
ntspricht."

Unterschied zwischen Baum und Strauch? „Der Unterschied be-
steht in der Mannigfaltigkeit des Stammes und des Ganzen. Man könnte
sagen, daß es eine Unterabteilung des Baumes wäre, ja man könnte beinahe
den Unterschied von Mann und Zwerg fassen. Der Baum ist etwas in sich
Ganzes, während der Strauch sich von der Erde aus in verschiedene Teile
verästelt und verzweigt. Wir wollen sagen, bei einem Baum ist der Stamm
da. Dieser Stamm ist sich selbst gleich. Der Strauch ist ein Baum, aber
sein Stamm ist gleich plus minus 0, der Strauch sub specie Baum gefaßt."

„Solche Fragen sind sehr schwer gleich auf den Tisch des Hauses
zu legen."

Wenn wir die vorstehenden Antworten überblicken, so scheint der Ausdruck „höherer Blödsinn" dafür ganz besonders treffend zu sein. Die oben erwähnten, durch die Untersuchung an sich bedingten künstlichen Nebenumstände, die emotionelle Stupidität und die Absicht des Patienten, mit seinen Antworten zu paradieren, lassen den höheren Blödsinn in besonders hellem Licht erscheinen, verfälschen das Bild aber keineswegs derart, daß es von dem gewöhnlichen Bild, wie es in der einfachen Unterhaltung gewonnen wird, wesentlich abweicht. Die Sucht nach einer besonders gewählten, ungewöhnlichen, schwer verständlichen, möglichst persönlichen Ausdrucksweise fällt uns zu allererst auf. Wir können hier intellektuelle und affektive Vorgänge nicht mehr völlig trennen, dürfen aber wohl sagen, daß wir es hier mit einem vorwiegend affektiven Moment zu tun haben, welches den Assoziationen eine bestimmte Richtung vorschreibt. Jene Sucht steht im Dienste des Strebens nach besonderer Geltung, also im Dienste der Überkompensation. Sie fällt uns auf durch die gehäuften, oft ganz unnötigen Fremdwörter und die „gesuchten" Worte der deutschen Sprache, ferner durch die sonderbaren Antithesen, den dozierenden Ton und den Versuch einer möglichst wissenschaftlichen Diktion. Einzelne Abschnitte sind nichts anderes als ein Geklapper mit Worten; es fällt mir dabei die Äußerung eines meiner Gymnasiallehrer ein, der, sobald ein Schüler sein Nichtwissen durch schöne Worte ersetzen wollte, ihn unterbrach mit

dem Ausruf: „Gelt, wenns nur tönt.“ Am Schlusse der ersten Antwort ist das Satzgefüge gänzlich aufgehoben, und wir finden nur ein Wortgeklingel, dessen Sinn wohl zu ahnen, aber nicht aus dem Satzbau zu verstehen ist. Patient verspricht eingangs wohl eine logische Unterscheidung auf deduktivem oder induktivem Wege, betritt aber nur den letzteren, während der Versuch einer deduktiven Ableitung aus den hier ganz unverständlichen Begriffen des Ausgleichs in der Natur kläglich scheitert. Der Schluß der zweiten Antwort zeigt uns wiederum ein Geklingel mit hochtönenden Worten, die Pat. in irgend einem Lehrbuch der Logik aufgelesen haben muß. Dazwischen begegnen uns logisch durchaus richtige und sprachlich gut gefaßte Wendungen, die ein besonders schlagendes Licht auf die Zugehörigkeit unseres Falles zum Verhältnis-Blödsinn werfen. Würde Patient sich mit den Definitionen des gesunden Menschenverstandes begnügen, so könnte er wohl durchaus richtige Antworten geben, aus denen niemand ein Zeichen von Schwachsinn herauszulesen vermöchte. Sein Streben nach ganz besonderer intellektueller Höhe, das mit der ihm zu Gebote stehenden Intelligenz aber in keinem Verhältnis steht, stört immer wieder den klaren Gedankengang. Ein typisches Beispiel ist der Satz: „Der Zwerg ist ein körperlich auf der Stufe der Kindheit zurückgebliebenes Wesen, während die mentalen Funktionen in einem Mißverhältnis stehen zur äußeren Gestalt ihres Trägers.“ Der Hauptsatz ist logisch einwandfrei; der Nebensatz aber gerät sofort wieder aus dem Geleise. Ein gewöhnlicher Mensch hätte sich ungefähr folgendermaßen ausgedrückt: „Der Zwerg ist ein körperlich auf der Stufe der Kindheit zurückgebliebenes Wesen, während seine geistigen Fähigkeiten sich über die Stufe der Kindheit hinaus weiter entwickelt haben“, weniger präzis: „dessen geistige Funktionen in einem Mißverhältnis stehen zur Stufe der Kindheit“. Statt des klaren und für eine gewöhnliche Definition genügenden Allgemeinbegriffs „Stufe der Kindheit“, der nach dem ganzen Satzbau im Nebensatz unbedingt wieder erscheinen muß, rekurriert Patient auf den Begriff oder besser auf die Vorstellung von der äußeren Gestalt des „Trägers der mentalen Funktionen“. Implizite enthält ja die Vorstellung von der äußeren Gestalt des Zwergs die im Hauptsatz erwähnte Vorstellung: Stufe der Kindheit, und logisch meint Patient wohl das Richtige. Indem er aber an Stelle des einmal erwähnten und im Nebensatz wieder erwarteten Allgemeinbegriffs „Stufe der Kindheit“ die unpräzise Vorstellung „äußere Gestalt“ setzt, wird der Sinn unklar und das Verständnis außerordentlich erschwert. Auch der Schlußsatz der ersten Antwort war wohl richtig gedacht und hätte etwa heißen sollen: „Das Kind ist ebenfalls von kleiner Gestalt, welche aber zu seinem Alter — falls der Entwicklungsgang ein normaler — proportional ist. Die Proportion der geistigen Fähigkeiten zu der der Körpergröße ist beim Kind eine je nach der Altersstufe wechselnde, aber für jede Altersstufe ungefähr feststehend.“ Wir sehen, daß Patient wohl weiß, auf welche Begriffe es ankommt, daß er sie aber in derart unklarer Weise

urcheinander mengt, daß das Verständnis aufhört. Vor allem sehen wir ber ferner, daß der Patient unnötigerweise zwei Unterscheidungs- ıerkmale einführt, die er dann nicht mehr auseinander zu halten vermag, ämlich erstens den Begriff des Stehenbleibens mit seinem Gegensatz, lem Begriff der Entwicklung, zweitens das Verhältnis der körperlichen Gestalt zu den geistigen Funktionen.

Es scheint vielleicht übertrieben, solche hingeworfenen geistigen Produkte eines Patienten einem so strengen Maßstab zu unterziehen. Dem muß aber entgegengehalten werden, daß die in den obigen Beispielen beobachtete Unklarheit des Denkens und ihre Ursache auch in den andern, zum Teil noch folgenden, Beispielen immer wiederkehren und auch außerhalb der Intelligenzprüfung immer wieder zu beobachten sind.

Sehr wesentlich für die Beurteilung unseres Falles und ähnlicher Fälle überhaupt ist ferner neben der Verschwommenheit und dem raschen Wechsel der Begriffe das Eingehen auf räumliche oder zeitliche Einzelheiten, denen in der Regel eine übertriebene Wichtigkeit beigelegt wird. Im obigen Fall ist es das Zwergquartett an sich und das unnötig breite Ausmalen der Zwergstimme. Die Rücksicht auf verschwindende Ausnahmen, die bei so allgemeinen Unterscheidungsfragen für den vollsinnigen Menschen kaum in Betracht kommen, gehört auch hierher. Die obige Einschaltung: „falls der Entwicklungsgang ein normaler", ist hiefür ein Beispiel. Ein anderer Patient, stärker debil als der unsrige, der auch Philosophieprofessor, Dichter etc. werden wollte, und der an alle möglichen Zeitungen Feuilletons der kindlichsten Art einsandte, antwortete mir auf die Frage nach dem Unterschied zwischen Kind und Zwerg sehr gut: „Das Kind ist ein unerwachsener Mensch, der Zwerg ist ein ungewachsener Mensch. Ungewachsen natürlich cum grano salis zu nehmen." Das Einteilungsmoment der Entwicklung ist hier sehr kurz und präzis angewandt. Mit großer Wichtigkeit fügt er dann aber hinzu: Die Kleinheit des Kindes dürfe in der Beantwortung jener Frage nicht enthalten sein, da es ja doch auch große Kinder gäbe. Bei der Unterscheidung von Baum und Strauch dürfe man als Einteilungsprinzip nicht das Verhältnis vom Stamm zu den Ästen berücksichtigen, da es ja auch Bäume gäbe, „deren Äste tief ausschlagen". Solche leicht Schwachsinnige kommen dann gerne zur Folgerung, solche Unterschiedsfragen seien überhaupt unsinnig, mit der Begründung, die zur Unterscheidung vorgelegten Begriffe seien überhaupt identisch, oder sie hätten überhaupt nichts Gemeinsames. Die Kranken sehen dann im Moment eben nur das Gemeinsame (siehe unten: Unterschied zwischen Hand und Fuß), oder nur das Trennende, und sie sind außerstande, das Gemeinsame und das Trennende in ihrer Antwort kurz zusammenzufassen und kurz auseinanderzuhalten. So erklärte sich der oben erwähnte Patient außerstande, den Unterschied zwischen Irrtum und Lüge zu definieren, da Irrtum und Lüge ja kaum etwas Gemeinsames hätten. Die Lüge sei eine wissentlich falsche Aussage, der Irrtum habe



damit nichts zu tun; denn Irrtum habe ja gar nichts mit Sprechen zu tun. Wenn man den Irrtum im Gegensatz zur Lüge als unbewußte falsche Aussage definiere, so sei dies falsch, denn „dieser eine Fall" erschöpfe den Begriff Irrtum keineswegs. Solche Patienten, wie auch der unsrige, sind insofern als schwachsinnig zu bezeichnen, als es ihnen nicht möglich ist, aus der Fülle der Partialvorstellungen im selben Maße wie der Normale allgemeine Vorstellungen, m. a. W. Begriffe zu bilden, Begriffsymbole für die Fülle empirischer Details einzusetzen und damit zu operieren. Beim höheren Blödsinn tritt dann an Stelle des Begriffsymbols oft das reine Wortsymbol.

Unterschied zwischen Hand und Fuß? „Den fasse ich generell, es ist genau dasselbe. Indem aber durch — der Fuß ist gleichsam eine unausgebildete Hand, die Hand ist gleich Steigerungsform des Fußes. Was der Hand an Unabgehärtetsein abgeht, hat der Fuß an Härten. Aber da wird es wieder kompensiert durch — —. Wir haben auf der einen Seite bei der Hand Zartheit der Haut und Beweglichkeit der Glieder, auf der andern Seite Härte der Haut und Unbeweglichkeit der Glieder, und daher unterscheiden sie sich auch in ihrer Funktion. Wenn man gleichsam sich Stiefel an den Händen anziehen würde, würde man es doch nachteilig verspüren, wenn man auf etwas Spitzes oder Hartes stoßen würde, dagegen würde es mit dem Fuß unempfindlich sein. Dagegen wenn ich versuche, mit den Zehen etwas zu fassen, zu ergreifen, würde es gänzlich unmöglich sein oder nur nach längerer Übung möglich sein, während bei der Hand, wo die Finger ausgebildeter und gelenkiger sind, es leichter fällt. Aber ich behaupte auch, daß die Ungelenkigkeit des Fußes lediglich auf einen Instinktmangel, an Gewöhnung, dieses Glied zu brauchen, zurückzuführen ist, denn ein ohne Hände und Arme geborener Mensch wird sich auch der Füße eventuell bedienen können, statt der Hände. Das führt einen auf die interessante Streitfrage: ob Raffael derselbe Künstler gewesen wäre, wenn er ohne Hände geboren wäre, was ich unbedingt verneine."

Wir finden auch in diesem Beispiel einerseits das Nebeneinander von höchst unklar angewandten komplizierten Begriffen (Begriff der Entwicklung, der Funktion, des Instinkts und der Gewöhnung etc.) und von einzelnen sinnlichen Details (Unabgehärtetsein der Haut, Beweglichkeit der Glieder); die letzteren zeigen eine auffallende Perseverationstendenz, die in keinem Verhältnis zu ihrem logischen Wert steht. Von den erwähnten Allgemeinbegriffen aus, also in deduktiver Hinsicht, verschwinden die unterscheidenden Merkmale. Von den sinnlichen Details aus werden sie wiederum übertrieben. Durch das Hineinmengen biologischer Gesichtspunkte wird die Antwort geradezu abstrus, und sie entfernt sich immer mehr von dem Sinn und Zweck der Frage. Der intellektuelle Größenkomplex des Patienten geht auch aus dieser Antwort deutlich hervor. —

Unterschied zwischen Fenster und Türe? „Beide erfüllen denselben



ꞏeck. Wir wollen zuerst das Gleiche nehmen, den Zweck eines Abschlusses. ꞏer nicht nur ein Abschluß. Erstens, daß da ein Abschluß gefunden werden l; zweitens, daß die Möglichkeit gegeben ist, einen Abschluß nicht wie einer Mauer oder wie in einem Turm zu machen, sondern daß diese nrichtung möglich ist zum öffnen und schließen ad libitum. Die Urꞏstimmung ist die des Abschließens, aber mit dem Hintergedanken, daß an es jederzeit aufmachen kann, um hinauszugehen oder um frische ꞏuft zu schöpfen. Das Unterschiedliche geht hervor aus der verschiedenen ꞏestimmung. Ein Fenster ist aus Glas resp. undurchsichtig (weil es auch ꞏattes Fensterglas gibt! Ref.), daß man Licht hineinlassen kann, hinausꞏehen kann auf die Vorgänge der Straße. Die Türe mit Glas zu versehen ꞏäre unangenehm aus praktischen Gründen und aus allgemein menschꞏichen Gründen des Komforts. Der Blick soll eine gewisse Ruhe haben."

Auch in diesem Beispiel gelingt es dem Patienten nicht, zwischen ꞏllgemeinen Begriffen und sinnlichen Details, zwischen Trennendem und ꞏemeinsamem sich hindurch zu lavieren, um zu einer logisch richtigen und einigermaßen erschöpfenden Definition zu gelangen. Wir dürfen es aber gerade als Zeichen der Überschätzung seiner eigenen Intelligenz und als objektives Zeichen einer Eigenart seiner Intelligenz auffassen, daß Patient zwischen der Unmöglichkeit, eine Definition überhaupt zu geben, und dem Streben nach einer möglichst hochwertigen und vollständigen Definition hin- und herschwankt. Der Normale hilft sich hier mit viel einfacheren Mitteln und sieht ein, daß er aus dem Stegreif überhaupt keine erschöpfende und den Ansprüchen der Logik in jeder Hinsicht entsprechende Definition geben kann, andererseits kann er aber auch ohne weiteres sofort darlegen, was zur Erklärung des Unterschieds z. B. einem Kinde gegenüber genügen würde. Immer wieder sehen wir, wie Patient sich umsonst abmüht, die Aufgabe, die er sich stellt, zu erfüllen, und der Intelligenzmangel liegt noch mehr in dem Mangel der Kritik über seine eigene Leistungsfähigkeit und der falschen Auffassung der Untersuchung überhaupt, als in dem durch diese Momente sekundär hervorgerufenen Unsinn selbst. Zwischenhinein sehen wir auch hier wieder durchaus richtige Beobachtungen, Merkmale wie z. B. Intelligenz, Schönheit des Baues beim Pferd zur Unterscheidung vom Ochsen, die Einteilung in Einhufer und Tiere mit gespaltenen Hufen, das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein des Wiederkäuens und die Beobachtungen über die Affektreaktion. Das Gesuchte und Geschraubte der Ausdrucksweise (vgl. den Ausdruck „mittelalterlicher Vorgang des Wiederkäuens") diskreditiert den Wert der Ausführungen des Patienten oft mehr als der Inhalt an und für sich.

Unterschied zwischen Wasser und Eis? „Das Eis ist kondensiertes, durch den äußeren Einfluß der Luft zusammengepreßtes Wasser, durch Kälte komprimiertes Wasser." Bei den geringen physikalischen Kenntnissen des Patienten könnte man mit dieser Definition so weit zufrieden sein, wenn er sich nur damit begnügte. Daß er den Unterschied zwischen



kondensiert und komprimiert nicht kennt, ist ja lediglich eine Sache des Wissens, nicht der Intelligenz. Er fährt dann aber fort: „Wie Sie alles komprimieren können, z. B. Milch, Bouillon; Sie kennen doch diese Maggi-Würfel!"

Patient erwähnt nachher bei der Besprechung des Beispiels, daß ihm hier die Erinnerung an eine Szene in einem Buche über Nordpolfahrer gekommen sei, bei der es sich um Zubereitung und Genuß kondensierter Milch gehandelt habe. Dieses Beispiel zeigt wie so manches andere, daß es dem Patienten schwer und oft unmöglich ist, das ihm aus seinem schlagfertigen Gedächtnis stets zufließende Material zu unterdrücken. Insofern machen sein Ausführungen oft den Eindruck einer leichten Ideenflucht, und doch ist der Vorgang hier ein ganz anderer als dort. Während es sich bei der Ideenflucht um eine durch einen psychophysischen Mechanismus hervorgerufene Herabsetzung oder den Verlust der Zielvorstellung handelt und um ein Vorherrschen höchst oberflächlicher äußerer Assoziationsverknüpfungen, können wir in unserem Fall die scheinbare Ideenflucht psychologisch verstehen (im Sinne von *Jaspers*). Patient unterdrückt die ihm zufließenden Assoziationen deswegen nicht, weil er damit glänzen und paradieren will, und weil ihm dieser Zweck ungleich höher steht als die Gebote der Logik. Es sind also viel mehr affektive verständliche Faktoren, um die es sich hier handelt, als ein außerbewußter, krankhafter, psychophysischer Mechanismus. Auch hier sehen wir wieder, wie affektive Momente die rein intellektuellen Leistungen herabsetzen. Patient fährt fort:

„Das Eis ist eine durch Kompression zusammengeballte Wassermasse, die im Gegensatz zum Wasser die Form des Festen hat. Sehen Sie mal, lieber Herr Doktor, eine andere Parabel: sehen Sie mal, wie Sie es erläutern können in wissenschaftlicher Weise: es ist derselbe Unterschied wie zwischen Gefühl und Denken. Die Idee ist das komprimierte Gefühl." Patient führt nachher als empirischen Beweis für ein komprimiertes Gefühl den Vorgang an: „Wenn sich eine ätherische Flüssigkeit auf dem Zahnfleisch zusammenzieht." Die Unschärfe und Unklarheit seines Denkens ist hier besonders deutlich. Er fährt fort:

„Ich darf Sie an die alten indischen Legenden erinnern und an den Spruch Goethes: Schöpft des Dichters reine Hand, Wasser wird sich ballen. Nach der alten indischen Legende soll sich in der reinen Hand des Dichters, Denkers oder Sehers Wasser durch das Kristall . . . das ist unnachahmlich, das kann nur aus dem indisch-arischen Denken entspringen; so kristallisiert sich das Gefühl unter der reinen Geisteshand des Dichters und Denkers zur Idee. Ich erinnere Sie an Schlegels Worte: Was ist Architektur? Es ist gefrorene Musik, gebundener Rhythmus. Und nehmen Sie etwas anderes, lieber Herr Doktor. Können Sie das verstehen, z. B. wie die zwei Weltansichten zusammenhängen: alles ist Musik und alles ist Zahl? Die Marburger Schule konnte behaupten, daß Pythagoras sagte: alles ist Zahl, aber er hat zuerst gesagt: zuerst

st die Zahl. Es ist eine sehr interessante Sache, daß man behauptet hat — natürlich ist es von den Philologen bestritten worden, weil sie es nicht verstehen — daß Pythagoras an einem alten Musikinstrument die Meßklappe erfunden hat. Nun denken Sie sich einmal, daß Pythagoreismus eine subjektive Sache ist, daß er in den Leuten klingt, sie haben überall eine Harmonie, ein Leben, wie es so unglaublich surrt und spielt. Da kommt der ernste Mann und sagt: da wollen wir die Gefühle ausnützen. Sehen Sie, den Unterschied zwischen Wasser und Eis kann man ins Unendliche ausnützen. Fragen Sie sich doch einmal, worin beruht für Sie der Reiz einer Mona Lisa, eines Selbstporträts Dürers? Es ist nicht die virtuos gemalte Oberfläche, sondern die Seele, die von innen nach außen strahlt. Der moderne Psychologe hat es ja herausgebracht, daß das Leben von innen nach außen strahlt, jedes Leben von innen nach außen. Außen setzt es sich fest, vereist es sich gleichsam. Ich plane ein Riesenwerk über diese Frage. Hier haben Sie alles Rohmaterial. Ich habe mich nicht präpariert, es kommt ganz spontan, da es sich schon lange in mir bewegt."

Der Schluß ist eine bewußte Lüge, da Patient sich gerade in jener Zeit eifrig mit den Vorsokratikern beschäftigte und auch eine Studie über Pythagoras schrieb. Um so bezeichnender ist es, daß es ihm nicht gelingt, den Pythagoreismus einigermaßen anschaulich zu schildern, wenn man auch den Eindruck gewinnt, daß er selbst bis zu einem gewissen Grade fühlt, worum es sich handelt. Die ganze Antwort ist ein typisches Beispiel für die Art und Weise, wie Patient „Konversation macht" und seine Umgebung durch sein „stupendes Wissen" und seine „geistreiche" Art verblüfft. Die Unklarheit und Unschärfe seiner Begriffe und das Operieren mit Wortsymbolen macht es ihm bei seiner guten sprachlichen Begabung leicht, seinen ehrgeizigen und eitlen Drang, geistig zu glänzen, zu befriedigen. Da es für ihn keinen Unterschied ausmacht, ob es sich um den physikalischen Vorgang der Kompression von Wasser zu Eis oder um den mystisch-psychologischen Vorgang der Kompression eines Gefühls zu einer Idee handelt, und da er infolgedessen durch keine kritischen Einwendungen gehemmt wird, läuft das Bächlein seiner Rede lustig weiter. Einzelne hochtrabende Worte und Zitate, Autorennamen aus allen Zeiten geben seiner Rede äußerlich den Schein des gediegenen Wissens und da und dort auch der selbständigen Kombination. Wer übrigens das Buch von *Karl Joël*: „Der Ursprung der Naturphilosophie aus dem Geiste der Mystik" kennt, das Patient damals eifrig studierte und exzerpierte, wird leicht erkennen, daß auch die scheinbar eigene Kombination in unserem Beispiel das fertig übernommene Wissen fremder Gedankenkombinationen ist.

Die Moral unseres Kranken und ihre Beziehungen zu der Form seiner Intelligenz. — Befragt, wie er sich zu seiner Vergangenheit stelle, erklärt er, er stünde ihr mit einem entsetzlichen Degout gegenüber. Aber nicht das, was er den Eltern angetan habe, bedrücke



ihn, sondern das, was er sich selber getan habe. „In unserem Jahrhundert ist der Begriff der Reue ja ein stagnierender; für einen Menschen, der in der Entwicklung begriffen ist, wie ich, paßt dieser Begriff nicht [1]).“ Wenn er ein andermal doch wieder erklärt, sein Leben sei eine Sünde, oder er habe entsetzliche Gewissensbisse, so kommt das keineswegs von innen heraus. Er philosophiert darüber, unter welchen Gesichtspunkten man ein Leben wie das seine betrachten könnte, ohne aber mit seinem ganzen Ich dazu Stellung zu nehmen, es sei denn von dem Standpunkte des alleroberflächlichsten Opportunismus aus. „Mein Leben ist eine Sünde oder Geschmacklosigkeit oder Gemeinheit. Vor allem eine so furchtbare Dummheit, Sinnlosigkeit, etwas so Unlogisches.“ Er hätte ein reizendes Leben führen können, alles haben können, was er nur brauchte, und nun habe er die bodenlose Dummheit begangen, all das zu zerstören. Er kenne keineswegs den „Begriff“ der Sünde oder des Kummers, den er den Eltern gemacht, da er ihnen entsetzlich kühl gegenüberstehe; sie hätten es an der nötigen Liebe ihm gegenüber fehlen lassen. Wir sehen, daß er wohl vom moralischen, ästhetischen und logischen Gesichtspunkte aus sein vergangenes Leben betrachtet, aber wenn er die Moral mit hineinzieht, so ist es nur der Vollständigkeit der Betrachtungsweise wegen, und nur um sie gleich auch wieder auszuschalten.

Auf die Frage, wie er das Studium der Philosophie, insbesondere der Ethik, mit seiner bisherigen Lebensführung in Zusammenhang bringen könne, gibt er an:

„Es handelt sich hier um eine positive Kenntnis, welche ich haben muß, um gewisse Sachen beurteilen zu können. Daß ich als ein Lernender, Michentwickelnder mich zu einer bestimmten ethischen Richtung bekennen muß, stimmt keineswegs. Glauben Sie, daß ich und Dr. X. (sein Lehrer) alles für Wahrheit halten, was wir lesen, z. B. die Dreieinigkeit, die unnatürliche Geburt Christi? Ich weiß wohl, daß in gewissem Sinne Philosophie Leben ist; man muß aber nicht so weit gehen, daß, wenn man den Kommunismus studiert, man sein Essen mit seinem Pfleger teilt. Daß Studium und Leben sich decken, ist auf keinen Fall richtig. Ich bin zwar in gewissem Sinne von meinem Studium beeinflußt; ja, aber wie Goethe Tasso und Antonio in sich enthält, Schopenhauer den Pessimismus vertritt und dabei reich ist, Dühring lahm und dabei Optimist — —. Bürger, E. Th. A. Hoffmann zeigen lauter Gegensätze im Leben und in ihren Schriften. So könnte man Michel Angelo, Plato, Hadrian, Sokrates, Friedrich den Großen einfach als homosexuell abtun. Erstens lehre ich

---

[1]) Wir sehen, wie unser Pat. eine scheinbar logische Inkompatibilität für seine Moral ausnützt. Da der Begriff des Stagnierens und der der Entwicklung Gegensätze sind, und da der Begriff der Reue in die erste Kategorie gehört, sein Ich aber unter die zweite, folgert er, daß es für ihn ausgeschlossen und zwecklos sei, etwas zu bereuen.



:ht und bin rein rezeptiv. Wie soll ich zu einer Einheit kommen, wenn es nur aus Gegensätzen besteht? Das anzunehmen, daß Studium und ›ben sich decken, ist krankhafte Subjektivität."

Wir sehen hier, daß Patient die Frage nicht richtig aufzufassen ›rmag, sei es, daß er der Anwendung auf sich selbst einfach ausweichen ill, sei es, daß er tatsächlich im Moment nicht imstande ist einzusehen, aß die Beantwortung der Frage keineswegs damit erschöpft ist, daß ıas Studium, z. B. der Ethik, und das Leben sich völlig decken müssen.)aß die oben gestellte Frage implizite die spezielle Frage enthält, ob und nwieweit er selbst sich durch das Studium der Philosophie und der Ethik n seiner Lebensführung beeinflußt fühlt, merkt er hinterher zwar doch, weicht aber sofort aus durch den stark hinkenden Vergleich mit historisch bekannten Persönlichkeiten, bei denen Lehre und Leben sich nicht decken. Er geht aber keineswegs der Sache auf den Grund und erklärt bei einer nochmaligen Wiederholung der Frage, es handle sich bei ihm lediglich um ein besonders großes Interesse für das Thema der Philosophie. Für das Volk sei die Ethik unbedingt notwendig und möglich (!), weil sonst alle Bande gelockert würden, wie es die Renaissancezeit zeige, wo die Leute die griechischen Kunstwerke mit größter Begeisterung betrachteten und daneben ihre Familien ermorden konnten, „es waren Menschen mit einem Nervensystem wie ein Seismograph von beispielloser Rezeptivität; es war der uomo universale." Man sieht hier deutlich, wie Patient sich mit den Menschen der Renaissancezeit identifiziert und in dieser Identifikation seine Befriedigung findet.

Zum drittenmal befragt, erklärt er, die Ethik habe erstens eine persönliche Wirkung auf ihn, zweitens habe er eine Schwärmerei für die Ethik, „und dementsprechend wechsle sie auch".

In die Enge getrieben, gibt er dann endlich rundweg zu, daß in seinem vergangenen Leben „auf keinen Fall eine Beeinflussung durch ethische Momente überhaupt erkennbar sei". Er entschuldigt immerhin sein Lügen damit, daß es weniger aus dem Nichtwirken ethischer Momente als aus Angst erfolgt sei, und er sucht sich gleich wieder in ein besseres Licht zu stellen, indem er hinzufügt: es wäre ihm unmöglich gewesen, einer Wagneroper beizuwohnen, wenn er so „abgesoffen" war. Sein ästhetisches Gewissen ist immerhin eine Spur stärker entwickelt als das ethische.

Die Treue definiert er als eine durch Liebe diktierte Anhänglichkeit. Mit dieser Definition könnte man ganz zufrieden sein, wenn Patient nicht im folgenden den Hauptnachdruck auf den Zusatz: „durch Liebe diktierte", legen würde. Er weiß nichts von einer Treue, die um ihrer selbst willen existiert, um des kategorischen Imperativs willen, den er ja theoretisch sehr gut kennt. „Wo keine Fäden hinüber- und herüberlaufen, da gibt es für mich auch keine Treue. Ich muß von dem, was ich in mir selbst Gutes fühle, auch anderswo ein Echo finden"; m. a. W., wo ihm ein Mensch sympathisch ist, da glaubt er auch zu ethischem Empfinden

fähig zu sein, wo nicht, da leugnet er geradezu die Möglichkeit ethischen Empfindens.

In der Definition der Dankbarkeit, die er als etwas „ekelhaft Degoutantes und kolossal Hohes" bezeichnet, erklärt er unumwunden, seine dankbaren Gefühle hingen ganz von dem Menschen ab, der ihm gegenüberstehe. So sei er seinem behandelnden Arzt im höchsten Maße dankbar, denn er sei gänzlich uneigennützig, behandle ihn immer in reizender Weise, schenke ihm immer volles Vertrauen, unterhalte sich lange mit ihm; einen solchen Mann könne er nie belügen oder täuschen. Wenn auch das Umgekehrte oft genug der Fall war, so war, wie erwähnt, doch immer zu beobachten, daß Patient immer dann die größte Reue zeigte, wenn er den betreffenden Arzt angelogen hatte. Hier tat es ihm augenscheinlich wirklich leid. Patient gibt schließlich zu, daß er in moralischen Dingen durchaus Relativist ist, d. h. er besitzt überhaupt keine Moral im eigentlichen Sinne. Die Gefühle der Treue, der Dankbarkeit, der Anhänglichkeit sind bei ihm ganz und gar unselbständig, entspringen keineswegs irgend einem ethischen Bedürfnis, sondern sie stehen ganz und gar unter der Herrschaft momentaner Strömungen und Konstellationen. Wenn er einen Menschen gerne hat, von seinem Wohlwollen in gewisser Hinsicht abhängig ist, dann gibt er sich Mühe, ihn nicht zu belügen und zu hintergehen; wo dies aber nicht der Fall ist, fallen moralische Motive völlig weg. Sehr bezeichnend ist sein eigener Ausspruch, daß er den Anforderungen des behandelnden Arztes nachkomme „nicht aus Pflichtgefühl, sondern um ihm einen Gefallen zu tun. Ich fühle mich vollständig abhängig von ihm. Wenn er verreist, kann ich nicht arbeiten, dann winde ich mich in meinem Stuhle vor Schmerzen. Ich hafte an der Athmosphäre dieses Mannes".

Wenn Patient hier auch sehr übertreibt, so hat er im Grunde doch sehr recht, und wir dürfen hier seine gute Selbstbeobachtung bewundern.

Es ist nun sehr lehrreich, daß das, was für sein anscheinend aus moralischen Motiven erfolgendes Handeln gilt, in gewisser Hinsicht auch für seine Intelligenz zutrifft. „Ich verstehe", erklärt er, „etwas um so leichter, je sympathischer mir der Mensch ist, der mir etwas erklärt. Wenn er mir unsympathisch ist, regt sich in mir gleich der Widerspruch." Was ihm der behandelnde Arzt oder sein Lehrer, den er „vergöttert", sagt, faßt er tatsächlich rasch und gut auf. Diese Abhängigkeit seines Auffassungsvermögens von affektiven Momenten, namentlich von der homosexuellen Übertragung, ist ein Hauptmoment, das seiner Intelligenz gefährlich wird. An Stelle logischer Normen treten bei ihm ebenso wie an Stelle ethischer Normen momentane Lust- und Unlustgefühle. Sowohl in ethischer als in logischer Beziehung ist er ein Spielball seiner Affektivität (seiner Komplexe), unter der wieder das pychosexuelle Empfinden die Hauptrolle spielt. Wenn wir das Verhältnis zwischen dem übertriebenen Streben nach hochwertigen intellektuellen Leistungen und seiner tat-



chlichen intellektuellen Begabung für ein Hauptmerkmal des Verältnisblödsinns unseres Patienten gekennzeichnet haben, so tritt uns er ein anderes, für seine Intelligenz ungünstiges Verhältnis entgegen, wieerum ein affektives Moment: das außerordentlich starke Reagieren nach ympathie oder Antipathie untergräbt den Wert seiner intellektuellen Begabung, die ohne jenes Moment, also bei einem gemütlich, insbesondere psychosexuell stumpferen Menschen reiner und ungestörter zum Vorschein käme und die Kritik nicht derart herausforderte. Es braucht im übrigen kaum darauf hingewiesen zu werden, daß beide Momente, das Streben nach möglichst hochwertigen intellektuellen Leistungen und die Abhängigkeit von persönlichen (psychosexuellen) Gefühlseindrücken, insofern in engem Zusammenhange stehen, als das Streben nach Geltung nicht um seiner selbst willen da ist, sondern wiederum darum, um vor sympathischen Menschen zu glänzen. Der psychoanalytisch geschulte Beobachter wird leicht erkennen, daß wir hier Beziehungen zum Vaterkomplex des Kranken finden.

Verhängnisvoll wird jene Abhängigkeit in um so höherem Grade für die intellektuellen Leistungen unseres Patienten, als die logischen Normen nicht nur durch die Sympathie- oder Antipathiegefühle gegenüber lebenden Personen in den Hintergrund gedrängt werden, sondern auch durch persönliche Sympathie- oder Antipathiegefühle gegenüber den von ihm studierten Autoren überhaupt. Und hier ist es wiederum viel weniger die Persönlichkeit des Autors, die ihn fasziniert und beeinflußt, als ein vorwiegend äußeres Merkmal, nämlich die Art und Weise seines Schreibens als solche. Wer trocken und gelehrt schreibt, vermag keinen Einfluß auf unseren Patienten zu gewinnen; eine begeisterte, glänzende Schreibweise wirkt stärker auf ihn als der Inhalt des Geschriebenen. Je mehr die Diktion seiner eigenen sich nähert, desto rascher und intensiver nimmt er das Gelesene auf.

Was das Verhältnis der Intelligenz unseres Patienten zu seiner Affektivität anlangt, so wollen wir uns darüber klar sein, daß hier keineswegs irgendwelche qualitativ neue Beziehungen anzutreffen sind, die wir beim Normalen nicht fänden, sondern nur eine besondere Ausprägung von Verhältnissen, die wir auch beim Gesunden in unendlich mannigfaltiger Zusammensetzung vorfinden. Nur bei den Allerwenigsten unter uns werden die intellektuellen Funktionen nicht durch affektive Momente mehr oder weniger beeinflußt, und wenn Nietzsche sagt, man widerspräche oft einer Meinung, während uns eigentlich nur der Ton, mit dem sie vorgetragen wurde, unsympathisch sei, so ist wohl niemand unter uns ganz frei von einer solchen „persönlichen" affektiven Abhängigkeit seines Urteils. Was wir aber hier nur im praktischen Leben und in geringem Grade finden, während wir uns im wissenschaftlichen Denken und Forschen möglichst davon frei machen können, so geht jene Gefühlsabhängigkeit des Urteils bei unserem Patienten erst recht in sein wissenschaftliches



Denken über und raubt ihm so jeden objektiven, überindividuellen Wert.

Die philosophischen Studien. — Wir haben aus der Vorgeschichte vernommen, daß eine Studie unseres Patienten über „Julian Apostata im Lichte von Ibsen, Dahn und Mereschkowski" von einem Universitätsprofessor günstig beurteilt worden war, und ich vermute, daß dieses günstige Urteil den Begutachter mit dazu bewogen hat, die Diagnose Schwachsinn in unserem Falle nicht zu stellen. Unsere Erwartungen werden noch höher gespannt, wenn wir vernehmen, daß der Lehrer unseres Kranken, für dessen Urteil ich die volle Verantwortung übernehme, zugibt, daß Patient unter besonders günstigen Umständen imstande sei, seinen philosophischen Doktor zu machen sowohl durch eine größere schriftliche Arbeit als auch im mündlichen Examen, nämlich dann, wenn es dem Examinator mehr auf das Wissen ankäme als auf eigene Gedankenleistungen, was ja nicht selten der Fall ist. Auch wenn wir den Umfang seiner von Juni bis Dezember 1913 verfaßten Arbeiten überblicken, muß uns wenigstens sein Fleiß Respekt einflößen. Nach einer vom Patienten selbst aufgestellten Übersicht, die durchaus der Wahrheit entspricht, hat er in jener Zeit folgende Themata bearbeitet.

1. Menschenhaß und Weltflucht im Spiegel der Literatur (selbstgewähltes Thema). Umfang 268 Seiten (eines gewöhnlichen Schulhefts). Durchgearbeitet zwei Dramen von Ibsen, eines von Lessing, drei von Goethe, eines von Schiller, fünf von Shakespeare, eines von Kotzebue.

2. Mitte Juli begonnen, zwei Studien über Descartes.

a) Das Erkenntnisproblem bei Descartes (55 Seiten),

b) Descartes Abrechnung mit der Scholastik (28 Seiten). Selbstgewähltes Thema.

3. Vom September bis Oktober eine Arbeit über Anselmus von Canterbury (173 Seiten). „Hierzu benützt 22 Bücher."

4. Vom Oktober bis November zwei Arbeiten über Abälard, die eine betitelt: „Das Erkenntnisproblem bei Abälard" (118 Seiten), die andere selbstgewählte und selbstformulierte: „Kann man behaupten, daß der Abälards Lehre durchziehende Gegensatz zwischen Vernunft und Offenbarung sich in seinem Lebensgang wiederfindet als Widerstreit zwischen Vernunft und Gefühl einerseits, Moral und Leidenschaft andererseits?" (34 Seiten.)

5. Vom November bis Dezember fünf Studien zur Philosophie der Vorsokratiker (260 Seiten).

Gegenwärtig arbeitet Patient über das Thema: „Wie findet die griechische Philosophie den Ausweg aus der Sophistik?"

Wo nichts Besonderes vermerkt, sind die Themata dem Patienten von seinem Lehrer gestellt worden. Da es unmöglich ist, auf alle Arbeiten näher einzugehen, und da alle durchaus dieselben Merkmale aufweisen, wollen wir nur seine letzte fertige Arbeit,

die Studien über die Vorsokratiker,

etwas näher betrachten.

Als Literatur zu allen fünf Aufsätzen hat Patient vermerkt:

1. *C. A. Brandis*, Geschichte d. Entwickl. d. griech. Philosophie. (Berlin 1862.)
2. *H. Diels*, Die Fragmente der Vorsokratiker I—II, 1. (Berlin 1912.)
3. *J. E. Erdmann*, Grundriß d. Geschichte d. Philosophie. (Berlin 1878.)
4. *Th. Gomperz*, Griechische Denker I—II. (Leipzig 1896.)
5. *K. Joël*, Der Ursprung d. Naturphilos. a. d. Geiste d. Mystik. (Jena 1906.)
6. *W. Nestle*, Die Vorsokratiker. (Jena 1908.)
7. *F. Nietzsche*, Die Philosophie im tragischen Zeitalter der Griechen. (Nachgelass. Werke: 1872/3 u. 1875/6.) (Leipzig 1903.)
8. *H. Ritter*, Geschichte d. Philosophie alter Zeit. (Hamburg 1836.)
9. *E. Rohde*, Psyche II. (Tübingen u. Leipzig 1903.)
10. *Überweg-Heinze*, Grundriß d. Gesch. d. Philos. I. (Berlin 1876.)
11. *W. Windelband*, Geschichte der antiken Philos. (München 1912.)

Es ist hervorzuheben, daß Patient von seinem Lehrer jeweils einige Winke hinsichtlich der Literatur erhält, jedoch ist das Auffinden der Literatur im großen und ganzen dem Patienten selbst überlassen. Die erste Studie ist betitelt:

Heraklit und Parmenides.

I. Teil. Heraklit.

Spezielle Literatur über diesen Teil:

F. Schleiermacher: Herakleitus der Dunkle. (Berlin 1846.)

F. Lassalle: Herakleitus von Ephesus. (Berlin 1858.)

Disposition zu diesem Teil.

a) Die Lehre von der Relativität und dem Fluß der Dinge.

Siehe *Diels*: Fragmente der Vorsokratiker (Hinweis auf 30 Fragmente).

b) Physikalische und psychische Anwendung der Lehre vom Urfeuer.

(Wieder etwa 30 hierher gehörende Fragmente einzeln aufgeführt.)

c) Wie gelangt der Mensch nach Heraklit zur Erkenntnis des Absoluten und welches ist das Wesen desselben?

(35 Fragmente.)

II. Teil der ersten Studie.

Die Philosophie des Parmenides in ihrem Verhältnis zu der Philosophie Heraklits.

Spezielle Literatur:

Paul Deußen: Die Philosophie der Griechen. (Leipzig 1911.)

Disposition zu diesem Teil.

a) Der Gegensatz zwischen Sein und Nichtsein.



1. Von Heraklit zu Parmenides.

2—3. Sein (Helle) und Nichtsein (Dunkel).

4. Wesen und Bedingungen des Werdens.

5. Der Gegensatz von Licht und Dunkel im Menschen.

6. Die Lehre vom Sein-Nichtsein als bloße „Meinung" und der Übergang zum einigen Sein.

b) Die Überwindung der Gegensätze von Sein und Nichtsein.

1. Auseinandersetzung mit der Lehre vom Fluß.

2. Die Zweifel des Melissos als Ergänzung zu denen des Parmenides: Leugnung des Werdens.

3. Einheitlichkeit, Unwandelbarkeit und Ewigkeit des Seins.

4. Die Größe der Parmenidesschen Entdeckung und die Einheit von Denken und Sein.

5. Wertung des Parmenides.

Zweite Studie.

Heraklits Verhältnis zu seinen Vorgängern.

I. Abschnitt.

Wesen und Ursprung der Lehre des Thales.

Disposition.

a) Darstellung der Lehren des Thales.

1. Falsche Verallgemeinerung in der summarischen Verwerfung der Lehren.

2. Thales der Physiker und Außenansicht des Metaphysikers.

3. Die Lehren des Thales.

b) Der Ursprung der Lehren des Thales.

1. Mystik (Gefühl) und Mythos (Tradition) als Quelle des Lebens.

2. Die Lehre von der Urgottheit der Ägypter und ihr Verhältnis zu den Lehren des Thales.

3. Die Allbeseelungslehre.

4. Unsterblichkeit und Seelenwanderung.

Spezialliteratur:

E. Röth: Geschichte unserer abendländischen Philosophie II. (Mannheim 1862.)

D. Tiedemann: Griechenlands erste Philosophen. (Leipzig 1780.)

Dritte Studie.

I. Teil.

Empedokles und seine Philosophie.

Spezialliteratur:

P. Deußen: Die Philosophie der Griechen. (Leipzig 1911.)

B. H. C. Lommatzsch: Die Weisheit des Empedokles. (Berlin 1830.)



Disposition.

a) Der Gegensatz von Liebe und Haß als Grundproblem des empedokledischen Denkens.

1. Zweifel am Entstehen und Vergehen, Sein und Nichtsein.
2. Die unrichtige Deutung der Kräfte Liebe und Haß.
3. Liebe und Haß als aus den Elementen entwickelte Kräfte.
4. Liebe und Haß in ihrem Wesen und gegenseitigem Verhältnis.

b) Weltbild und Mensch als Produkte von Mischung und Entmischung.

1. Das Werden der Welt.
2. Erschaffung und Fähigkeiten des Menschen.

c) Die Seelenlehre des Empedokles.

1. Physiologischer und philosophischer Seelenbegriff.
2. Seelenlehre und Elementenlehre.

II. Teil.

Anaxagoras.

Disposition.

a) Die Lehre von der Beschaffenheit der Grundstoffe als konstitutiver Elemente aller Dinge.

1. Anaxagoras und seine Vorgänger. — Die Lehre von den Grundstoffen.

b) Wesen und Wirken des Nūs.

1. Wesen des Nūs.
2. Das Weltenwerden durch die Kraft des Nūs.
3. Erkenntnistheoretisches.
   Sinnenerkenntnis und Verstandeserkenntnis.

Spezialliteratur:

P. Deußen: Die griechische Philosophie.

Vierte Studie.

Demokrit.

etc. etc.

Fünfte Studie.

Die Lehren des Protagoras.

etc. etc.

Wir sehen, daß Patient nicht aufs Geratewohl an seine Themata herangeht, sondern sich zuerst einmal gründlich in der Literatur umsieht und danach genaue Dispositionen entwirft von fast katatonischer Ausführlichkeit und Genauigkeit. Diese Dispositionen sind für ihn von der größten Wichtigkeit. Er muß sie von vornherein minutiös ausgearbeitet haben, bevor er sich an die Arbeit selbst wagen kann. Wenn er nicht die ganze Disposition vor sich sieht, erfaßt ihn die größte Angst, er könnte auf einmal „an einem Abgrund stehen, auf einer Sandbank sitzen", d. h. den Faden verlieren, und es ist keineswegs der logische Gedankengang,



der ihm in seiner Arbeit zur Wegleitung dient, vielmehr bedarf er eines äußeren Gerüsts, an das er sich Punkt für Punkt halten kann. Es genügt ihm aber nicht, nur die einzelnen Werke auf dem Papier aufgeschrieben zu haben, vielmehr muß er die einzelnen Werke selbst gesehen haben; „ich muß sehen, daß alle im Buchhandel sind, muß sie selbst in der Hand gehabt haben". Da muß sich erst ein gewisses Bekanntheitsgefühl mit dem Buch als solchem durch Sinnes- und Tasteindrücke herstellen, ehe es ihm möglich ist, den Inhalt einzusehen. Infolgedessen ist sein Zimmer angefüllt mit Bänden aus den verschiedensten städtischen und Universitätsbibliotheken. Dem Besucher zeigt er seine Bücher mit dem Stolz und der Freude, wie etwa der Vater seine eigenen Kinder zeigt.

Hat er sich mit den Büchern erst bekannt gemacht, dann beginnt das Exzerpieren, und zwar in der Regel erst des Originals, dann der dazu gehörenden Literatur. Nur bei den Studien über die Vorsokratiker, über die man aus den Originalen allein sich kaum einen Überblick zu verschaffen vermag, hat er zuerst die Literatur studiert und dann die Fragmente selbst. Sind die Exzerpte beisammen, so geht es ans Memomieren derselben. Im Bad, abends im Bett, morgens beim Anziehen, lernt er sie auswendig, „bis sie ganz im Kopf sitzen". Sobald dies der Fall ist, verfertigt er eine „Kladde" und nach dieser die Reinschrift. Über die Rolle, welche das Gedächtnis bei seinen Arbeiten spielt, ist sich Patient ganz klar: „Es muß eine suggestive Kraft in mir sein, daß das Gedächtnis (bei der Arbeit) so anschwillt, daß ich die Sache weiß. Das Gedächtnis kann bei mir Kolossales leisten, wenn Not am Mann ist. Ich komme dabei immer in eine große Aufregung und Begeisterung, ja geradezu in einen Rausch." In Widerspruch damit steht dann aber die immer wiederholte Behauptung, daß er sich nach und nach dann gänzlich von dem rohen Gedächtnismaterial frei machen könne und durchaus originell schreibe. „Durch meine Arbeit geht das Ringen nach Originalität". Hier finden wir wieder eine völlige Selbsttäuschung des Patienten, und die Überzeugung von seiner Originalität ist ein besonders starkes Merkmal seiner fehlenden Selbstkritik. Wir werden später ein Beispiel angeblicher Originalität, auf das er sehr stolz ist, näher betrachten. Für originell hält er aber auch schon den Umstand, daß er oft den einen Autor gegen den andern ausspielt und dabei sein „kritisches Geschick" zeigt, den herauszusuchen, der das Wahrscheinlichste bringt. Tatsächlich zeigt Patient einen guten Instinkt, diejenigen Autoren herauszufinden und sich an sie zu klammern, die die größte Autorität besitzen, aber auch dies weniger aus eigenem kritischen Urteil als deswegen, weil er aus seiner reichhaltigen Lektüre gut herausfühlt, welchem Autor von den andern am meisten Rücksicht und Ehrerbietung bezeugt wird. Andere Male aber verleitet ihn, wie schon erwähnt, eine ihm besonders zusagende Schreibweise, sich den betreffenden Autor als Führer zu erwählen.

Wenn wir eine der Arbeiten des Patienten vornehmen, so fällt uns



ch dem Bisherigen ganz besonders der Kontrast auf zwischen der schrift-
nen und der mündlichen Ausdrucksweise des Kranken. Einen solchen
llimathias. wie z. B. bei seinen mündlichen Definitionen, finden wir in
n schriftlichen Arbeiten nie, ja zeitweise erhebt sich sein Stil zu einer
ır guten Diktion. Wir erkennen dann aber leicht, daß es keineswegs
n persönlicher, eigener Stil ist, sondern eine geschickte Anlehnung
irgend einen der von ihm gerade „geliebten" Autoren (z. B. an *Joël*).
ber auch schon in seinen Briefen zeigt Patient eine Ausdrucksweise,
e wir ihm nach den obigen Beispielen kaum zutrauen. Ich setze einen
rief hierher, mit dem er die Absendung eines Teils seiner Studien über
e Vorsokratiker an seinen Lehrer begleitet.

den 14. Dezember 1913.

Sehr geehrter Herr Doktor X.!

Mit etwas unsicheren Gefühlen und nicht ganz ohne Kleinmut
ıbersende ich Ihnen hiermit meine neueste Arbeit, welche nach den Auf-
ätzen über Descartes diejenige ist, welche am selbstständigsten dasteht,
la ich versucht habe, mich oft ganz von den Auslegern frei machend,
ıuf eigenem Wege zu den Resultaten zu gelangen. Da ist es möglich,
daß gerade in dieser Arbeit mancher Irrtum unterlaufen sein mag, und daher
sehe ich mit besonders großer Spannung und nicht ohne geheime Sorgen
Ihrer Beurteilung dieser Studien entgegen. Etwas deprimierend ist für
mich auch das Gefühl, daß ich zum ersten Male Ihren auf mich gesetzten
Erwartungen nicht habe vollauf entsprechen können, wenigstens was
die Quantität des Geleisteten betrifft, sprachen Sie doch die Hoffnung aus,
daß ich bis Protagoras und Demokrit käme, und nun bin ich leider nur
bis Anaxagoras gekommen und mich erfüllt die bange Sorge, ob Sie nicht
vielleicht meine Fähigkeiten überschätzen, denn es war mir eine gänzliche
Unmöglichkeit mehr zu leisten, als ich mich bemüht habe zu schaffen,
indem ich buchstäblich 4 Wochen nichts anderes als Philosophie getrieben
habe. Bedenken Sie, daß auf 4 Wochen 7 Philosophen vorgesehen waren,
so werden Sie mir hoffentlich nicht zürnen, daß ich es nur bis zur Betrach-
tung von fünf Denkern gebracht habe (Heraklit, Thales, Parmenides,
Empedokles und Anaxagoras), und zwar hat mich diese Arbeit enorm
interessiert, bis zu einer gewissen Leidenschaft und Begeisterung, wie
ich wohl gestehen kann. Nichtsdestoweniger war die Arbeit eine nicht
leichte. Einmal galt es, eine geistige Umschaltung vom Mittelalter zur
Antike vorzunehmen, einen gewissen „pli de la pensée", so daß es einige
Tage dauert, bis man sich überhaupt in der bisher ungewohnten Gedanken-
welt zurecht findet. Ferner ist die Vermittelung des Auslegers bei dieser
Arbeit noch nötiger, als bei den Scholastikern, denn wenn Sie das Experiment
versuchen würden, einem nicht mit der Ideenwelt der Vorsokratiker Ver-
trauten etwa Heraklit und Empedokles vorzulegen, einzig ihm die Texte
zu geben und dann zu sagen: „nun arbeiten Sie zu!", ich glaube, derjenige
würde bei einer solchen Arbeit staunend und kopfschüttelnd diese sch



baren Ungereimtheiten betrachten und bei größter Anstrengung und bestem Willen scheitern, würde absolut scheitern, weil er sich bei diesen Paradoxien nichts denken kann. Ich möchte diese Fragmente einem wertvollen flüssigen Element vergleichen; der Stoff ist in reicher Fülle da, aber unbrauchbar ohne Gefäß, ohne festen Rahmen. Diesen liefert die Lektüre von Philosophiegeschichten und Abhandlungen „über" die Philosophen, und zwar muß man sich geraten sein lassen, möglichst viel Literatur durchzuackern, denn gerade diese Denker haben eine unglaublich verschiedene Auslegung erfahren. Kennt man nur eine beschränkte Literatur, informiert man sich etwa an 2 Werken, so läuft man Gefahr, etwas Falsches anzunehmen, und urteilt höchstens zweiseitig, aber auf keinen Fall mehrseitig. Ich habe gefunden, daß durch vielfache Lektüre nicht mein eigenes Urteil etwa ganz unterbunden werde, sondern es wird stark angeregt. Manchmal ist es nur ein winziges Sätzchen, ein geistvolles kleines Aperçu, welches ein bedeutsames Licht auf die ganze Gestalt eines Philosophen wirft. Gerade dadurch, daß ich diesem oft paradoxen Inhalt von mancherlei Seiten zu Leibe rückte, glaube ich einen großen Gewinn erzielt zu haben und maße mir an, zu sagen, daß ich ein Verständnis für die Ideenwelt der Vorsokratiker habe. Versucht habe ich, öfter eigene Wege zu gehen, denjenigen der übrigen Ausleger oft entgegengesetzt, habe versucht, das Material so viel wie möglich auszudeuten, mich hütend vor umständlichen Tifteleien und Spitzfindigkeiten und geschmacklosen Interpretationen, wie ich sie leider oft fand, so z. B. viel bei *Gomperz*; denn die Figur eines „Deutobold", wie *F. Th. Vischer* sagt, wirkt wenig ernst, und durch krampfhafte Versuche à tout prix einen Sinn hineinzubringen in das, was man absolut nicht versteht, kann durch seinen Eifer oft das Gegenteil bewirken und läppisch wirken.

Zwei Faktoren sind es nun, welche hauptsächlich mir hülfreich-verständnisvermittelnd zur Seite standen, einmal Ihr Schema, für das ich Ihnen nicht dankbar genug sein kann; es kann nur entsprungen sein aus einer intensiven Beschäftigung Ihrerseits mit der Philosophie der Vorsokratiker und ist gleichsam eine fein-destillierte Erfahrung, das Resultat einer langen Arbeit. Ein zweiter Faktor war das herrliche Buch von *Joël*. Während Ihr Schema die Richtlinien lieferte, ward ich durch *Joël*s Buch bekannt und vertraut mit der Gedankenwelt der zu bearbeitenden Philosophen, denn er bringt sie uns nicht nur näher als interessante Objekte, als markante „Fälle", sondern auch als Menschen, hilft einem sich ganz in die Ideenkreise jener Denker einzuleben; *Joël* will sie uns nicht nur verstehen, sondern auch lieben lehren. Ich kann Ihnen nicht sagen, wie stark die Lektüre dieses Buches direkt auf mich gewirkt hat, so daß ich es ein Erlebnis geradezu nennen möchte, wenn nicht das Wort „Erlebnis" heutzutage eine so abgegriffene Münze wäre; denn jene Vorsokratiker sind das, was uns heutzutage immer mehr abhanden zu kommen droht, anschauliche Denker, das Schauen überwiegt hier das Begriffliche.



und gerade darum ist diese Gedankenwelt so fesselnd, weil sie entsprungen ist aus dem Gefühl, aus dem Gefühl eigener Kraft. Weil aber die kurzen Fragmente bloße Gefühlseruptionen zum Teil darstellen, flüssige Elemente ohne feste Rahmen oder auch syntaktischer Bindemittel entbehrende riesenhafte, unbehauene Blöcke, so muß die Vermittelung gesucht werden durch die Durcharbeitung von einschlägigen Werken. Nicht mit Thales, sondern mit Heraklit habe ich begonnen und von letzterem versucht, die Fäden zurückzuspinnen. Wäre ich chronologisch vorgegangen, so hätte ich eine allgemeine Einleitung voll mehr oder minder blutloser, schemenhafter Allgemeinheiten bringen müssen. Dadurch aber, daß ich mich gleich in medias res versetzte, gewann ich in Heraklits Fragmenten einen festen Ausgangspunkt, etwas Gegebenes, von dem aus ich bequem in die halb sagenhafte, nebulose Zeit des Thales zurückgehen konnte, hatte in Heraklit gleichsam ein Leuchtfeuer, das mir den Weg in jenes Helldunkel wies und eine Orientierung möglich machte. etc. . . . ."

Es ist wohl nicht zu viel behauptet, wenn wir annehmen, daß aus einem solchen Brief allein keine zwingenden Schlüsse auf einen erheblichen Schwachsinn des Verfassers gemacht werden könnten. Im Gegenteil, viele würden vielleicht auf eine gute intellektuelle Begabung schließen. Wenn wir aber die Lektüre einigermaßen kennen aus der Zeit, da Patient jene Briefe schrieb, so stoßen wir auf Schritt und Tritt auf Anklänge oder fast wörtliche Reminiszenzen aus derselben. Wenn er z. B. schreibt: „Vorsokratiker sind das, was uns heutzutage immer mehr abhanden zu kommen droht, anschauliche Denker, das Schauen überwiegt hier das Begriffliche, und gerade darum ist diese Gedankenwelt so fesselnd, weil sie entsprungen ist aus dem Gefühl, aus dem Gefühl eigener Kraft", so hören wir in dem Hinweis auf das, „was uns heute abhanden zu kommen droht", auf das „Überwiegen des Schauens über das Begriffliche", auf das „Entspringen der Gedankenwelt aus dem Gefühl eigener Kraft" tatsächliche und zum Teil wörtliche Bemerkungen *Joëls*. Auch die Beurteilung der Fragmente als Stoff, „aber ohne Gefäß und festen Rahmen" stammt nicht von ihm usw. Was wir in seinen Arbeiten finden, finden wir auch hier. Die intellektuelle Leistung des Patienten besteht fast lediglich in dem Wiederholen und mehr oder minder gelungenem Zusammenschweißen von Aussprüchen eines oder mehrerer Autoren. Was aber einen solchen Brief — wie auch oft seinen Reden — scheinbar den Charakter des Selbständigen und Eigenen gibt, das ist der durchaus an die Pseudologia phantastica erinnernde Glaube, daß das, was er sagt, mehr oder weniger von ihm selbst stamme, sein eigenes Gedankenprodukt sei, und die Begeisterung, mit der er es vorträgt. Was eigen und selbständig ist, ist tatsächlich nur das Gefühl der Begeisterung, das unser Patient infolge seiner hervorragenden Einfühlungsgabe ebenso an die geistigen Produkte anderer zu heften weiß, wie der Prophet oder Fanatiker, aber auch der große Denker oder Entdecker an das, was er aus der ureigenen gedanklichen Arbeit

oder aus seelischen Kämpfen gefunden hat und als zu Recht bestehend erkennt. Der Rausch, die Inspiration ist durchaus echt und verführt wie den Patienten selbst so auch Hörer oder Leser. Sie stammt aber keineswegs aus der Hingabe an eine eigene persönliche Sache, sondern aus einem mystischen Überschwang des Gefühls überhaupt, für das er in den Gedanken oder besser noch in den rhetorischen Wendungen anderer einen Inhalt sucht.

Gehen wir nun zu den fünf Studien selbst über. Von selbständigen Ansichten oder Auffassungen ist darin ebensowenig zu finden wie in seinen übrigen philosophischen Arbeiten. Seine Arbeiten sind fast nur Kompilationen. Natürlich muß er unter den verschiedenen Auslegern der verschiedenen philosophischen Systeme für den einen oder andern Partei ergreifen, was er selbst schon als originelle Leistung auffaßt; aber wir bemerkten schon, nach welchen Kriterien diese Parteinahme erfolgt. Ganz vereinzelt finden wir aber scheinbar originelle Ideen oder Kombinationen. Als eine solche ureigene Leistung bezeichnet Pat. z. B. die Einleitung zu der fünften Studie (über Protagoras, den ersten Sophisten). Diese Einleitung betitelt er: „Die pessimistische Unterströmung in dem lebensfreudigen Gedankenbau der Philosophen von Thales bis Demokrit als gegebener Anknüpfungspunkt für die Lehren der Sophisten." Ich will diese Einleitung in extenso wiedergeben, selbst auf die Gefahr hin, zu ausführlich zu werden, aber wir besitzen ja relativ wenig eingehende Untersuchungen gerade über derartige Intelligenzformen. Wir haben auch die Pflicht, da wir den Fall als Schwachsinn diagnostizieren, nachzuweisen, daß die scheinbar selbständigen höheren intellektuellen Leistungen, wenn sie sich auch nicht gerade als schwachsinnige Leistungen entlarven lassen, jedenfalls keine höheren intellektuellen Leistungen sind. Denn wenn wir auch beim Schwachsinn genugsam einseitig ausgebildete Talente kennen, so müßte doch die Diagnose Schwachsinn unweigerlich da aufgegeben werden, wo wir eine besondere Begabung für höhere logische Kombinationen und selbständige Gedankenarbeit finden. Patient beginnt folgendermaßen:

I.

„Als ein Regenerationsmittel für Philosophie, bei der in einem Stadium der Überreife das Organische zum Mechanischen sich verkalkt hat, bezeichnet *Joël* die Philosophie jener Vorsokratiker, welche er den Müttern im Faust vergleicht, weil sie Jugend spenden aus den Quellen. „Die alten, ewig jungen Weisen" nennt *Joel* diese Denker, oder die „Jünglinge". Gerade mit der letzten Bezeichnung traf er das Richtige, denn im Jugenddrange durchstürmten sie die Welt, erlebten und durchlebten sie, setzten sich hinweg über logische Begriffe, stürmten zum Ziele; wenn sich auch Hindernisse zeigten, diese Männer wollten sie nicht sehen, sprangen drüber hinweg, wie Parmenides, der, dem Zeugnis seiner Augen zum Trotz, die bunte Mannigfaltigkeit glattweg leugnete. Als strömende



Fülle empfanden sie das Leben, zugleich aber als rhythmische Ordnung, als Ganzheit und Einheit. Sie kannten, weil sie gefühlsmäßig vorgingen, noch keine scharfe Scheidung, keine schroffen Gegensätze, und bemühten sie sich, eine Dualität zu etablieren, so war dieselbe niemals rein. Das sahen wir bei Empedokles, Anaxagoras und bei Demokrit. Diese Männer kannten eben noch nicht die herbe, entsagungsvolle, farblose Strenge, welche die Welt unter die Lupe nimmt, sie scharf und kritisch, affektlos beobachtend.

„Noch sind sie gleich bereit, zu weinen und zu lachen,
Sie ehren noch den Schwung, erfreuen sich am Schein;
Wer fertig ist, dem ist nichts recht zu machen,
Ein Werdender wird immer dankbar sein“.“

In diesem Passus zitiert Patient eingangs ganz offen *Joël*. Durch einen bei ihm sehr beliebten Kniff sucht er dann aber den Schein einer eigenen Stellungnahme zu erwecken, indem er von sich aus *Joël* bewertet. Vgl. „Gerade mit der letzten Bezeichnung traf er das Richtige, denn . . .“. Nun wäre zu erwarten, daß die Begründung, weshalb *Joël* das Richtige trifft, von unserem Autor, dem Patienten selbst begründet würde; was aber folgt, sind wiederum teils Wort für Wort, teils dem Sinne nach Kompilationen aus *Joël* [1]). Durch die subjektive Wendung: „das sehen wir bei Empedokles“ etc. sucht er wieder den Schein eigenen Sehens oder Findens zu erwecken. Ob das Zitat am Schlusse von ihm selbst in diesem Zusammenhang gebracht oder ebenfalls übernommen worden ist, weiß ich nicht.

„Selbst das *Nietzsche* ein eiskaltes Bad dünkende Abstraktionsverfahren des Parmenides zeigt eine stark mystische Unterströmung; die Gottheit erscheint ihm als Weib, er deutet die Natur sexuell, und sein ganzes Gedankenbild zeigt stark feminine Züge. Aus dem Subjekte drängte das Gefühl heraus, suchte in der Welt einen Stoff, in welchem sich am besten das Gefühl spiegelte: im wogenden Meer, im rauschenden Strom, in dem Schwall der Töne, im lodernden Feuer und endlich auf dem höchsten Punkte der Mystik, wo sie in Rationalismus umschlägt, in der wohlgerundeten Kugel. Nicht ein Stoffprinzip, sondern ein Lebensprinzip suchten diese Denker in der Welt der Objekte. Der Gedanke an ein Erstorbenes, Totes schien ihrem jugendlich-optimistischen Sinn paradox, und selbst dem entseelten Körper schreiben sie noch Bewußtsein zu, kennen nicht den Unterschied zwischen beseelt und unbeseelt, und selbst ein ernster Denker wie Demokrit läßt die Pflanzen eine Seele haben, nachdem der Nestor der griechischen Philosophie, der Milesier Thales, von lebenden Steinen gesprochen hatte. Mit dem Blicke jugendlichen Sehnens blicken sie in die Natur, schauen

---

[1]) L. c.



„Wie alles sich zum Ganzen webt,
Eins in dem andern wirkt und lebt,
Wie Himmelskräfte auf- und niedersteigen
Und sich die goldenen Eimer reichen“.

Wie Faust wollen diese alten und doch jungen Weisen erkennen, was die Welt im Innersten zusammenhält, auch wie Faust besonders alle „Wirkungskraft und Samen“ schauen. In diesem frischen Streben, in diesem Durchbrechen aller Schranken, in dieser Hingabe an das Objekt liegt ein freudiger Optimismus, ein schönheitsbegieriger Drang der Liebe. Maßlos aber war zuweilen ihr Streben, denn Grenze schien ihnen gleichbedeutend mit Untergang.

„Immer höher muß ich steigen,
Immer weiter muß ich schaun.“
— — — — — — — — — — — — —
„Keine Wälle, keine Mauern,
Jeder nur sich selbst bewußt“,

so jubelt der junge Euphorion seinen Erzeugern, dem deutschen Faust und der griechischen Helena, zu, den Eltern, welche die Hände ringend jammernd zuschauen, wie ihr Liebling das Opfer seines tollen Treibens wird. „Ikarus, Ikarus“, so klagt der Chor, als Euphorion dahin ist.“

Auch hier wieder nichts als Anklänge an *Joël* und zum Teil auch schon an *Nietzsche*[1]). Um nur einen Passus hervorzuheben, nämlich denjenigen „von dem höchsten Punkte der Mystik, wo sie in Rationalismus umschlägt, in der wohlgerundeten Kugel“, so handelt es sich auch hier um Worte *Joëls*, die aber demjenigen, der den Zusammenhang, in dem sie bei *Joël* stehen, nicht kennt, nichts zu sagen vermögen. Aber auch die ganze Betrachtungsweise ist diejenige *Joëls*, nur mit dem Unterschied, daß, wenn *Joël* seine Auffassung der Vorsokratiker als eine Seite der Betrachtung auffaßt, unser Patient diese Betrachtungsweise auf die Spitze treibt und sie als die einzig mögliche darstellt. Was er schreibt, ist keineswegs sein eigenes Urteil über die Vorsokratiker, sondern wir erkennen sehr leicht, wie Patient sich an der Auffassung und Darstellungsweise *Joëls* berauscht und das Gelesene in unklarer, unverdauter Form von sich gibt. Die Beziehungen zu Faust sind aus dem *Joël*schen Buche leicht erkenntlich; die einzelnen Zitate hat wohl Patient selbst gewählt. Man kann hier dem Pat. ein gewisses Geschick nicht absprechen, die Zitate so zu wählen, daß sie in den Stimmungsrausch gut hineinpassen.

---

[1]) Nachgelassene Werke von *Friedrich Nietzsche*. *Nietzsches* Werke Band 10, 2. Aufl., Leipzig 1903. Die Philosophie im tragischen Zeitalter der Griechen, S. 5 ff.



II.

„Hat nicht die Reihe der vorsokratischen Denker ein Euphorionschicksal, ein Ikaruslos gehabt? Sahen nicht auch jene Männer eine Grenze, das Aussichtlose ihres Beginnens, wenn sie System auf System häuften, wurde nicht ihr jugendfrischer Denkermut auch häufig abgekühlt, folgte nicht auf das Philosophieren im Rausch die Ernüchterung, auf eine Reihe, wie Plato sagt, Trunkener der einzige Anaxagoras, von dem Plato nichts Höheres sagen kann, als daß er ein Nüchterner gewesen sei. Ihr Gefühl durcheilte so hemmungslos die Welt, daß sie keine Zeit behielten, sich der Betrachtung des Ich zu widmen, oder darf ich an die Anekdote von Thales erinnern, der die Augen so intensiv an den Himmel geheftet hielt, daß er nicht bemerkte, daß er Gefahr lief, in einen Brunnen zu stürzen? Bei aller Hast kamen diese Männer nicht zur Ruhe; weil sie einseitig den Blick auf das Objekt gerichtet hielten, ging das Subjekt leer aus. Das unterscheidet die Forscher von Thales bis Anaxagoras von jenem unglücklichen Dädalossproß und von der Liebesfurcht des in Arkadiens Gärten wandelnden Paares, daß sie nicht erst im Tode erkannten, daß ihr Beginn und Ansinnen ein maßloses sei. Nein, sie erkannten es zu Lebzeiten und das stimmte sie bei aller Hoffnungsfreudigkeit, bei allem sieghaften Frohsinn pessimistisch. *Nietzsche* erkennt in der Philosophie der Vorsokratiker zwei verschiedene Elemente und sagt, das Denken jener Zeit war künstlerisch-optimistisch oder pessimistisch. Sagen wir es genau: hier handelt es sich nicht um ein „aut—aut", um ein Nacheinander, sondern um ein Nebeneinander. Die Vorsokratiker waren Optimisten und Pessimisten. Wie Faust, mußten auch sie bekennen:

„Dem Herrlichsten, was auch der Geist empfangen,
Drängt immer fremd' und fremder Stoff sich an;"

— — — — — — — — — — — — — — — — — —

„Die uns das Leben gaben, herrliche Gefühle,
Erstarren in dem irdischen Gewühle."

Der Optimismus ist nicht etwa nur Schale, nein er ist da, aber es existiert auch eine stark pessimistische Unterströmung. Das riesenstarke Selbstvertrauen ist durchsetzt von einer skeptischen Stimmung, welche nicht etwa nur der sinnlichen Wahrnehmungen, sondern oft auch der menschlichen Erkenntnis überhaupt die Fähigkeit abspricht, in das innerste Wesen der Dinge hineinleuchten zu können.

„Und sehe, daß wir nichts wissen können." "

Die Euphorionanalogie wird hier weiter geführt, und wenn diese Analogie tatsächlich vom Patienten stammen sollte, so wäre sie das einzige Selbständige außer der von *Nietzsche* abweichenden Auffassung, daß die Vorsokratiker Optimisten und Pessimisten waren. Im übrigen handelt es sich um die Anhäufung weiterer Zitate über immer dasselbe Thema, das Sichverlieren an das Objekt und die Vernachlässigung des Subjekts,

des Ichs. Nur etwas schärfer wird jetzt der aus der Maßlosigkeit des Beginnens entspringende Pessimismus betont. *Nietzsche* rückt jetzt in den Vordergrund und wird auch vom Patienten selbst zitiert. Es handelt sich, wie er selbst angibt, um ein Zitat [1]), das ihm beim Durchblättern des betreffenden Buches einmal aufgefallen war: „Das Denken der Griechen im tragischen Zeitalter ist pessimistisch oder künstlerisch optimistisch." Für solche aphoristische Schlagworte ist unser Pat. besonders empfänglich; er griff jenen Passus sofort auf, frug sich, was er daraus nun machen solle, und kam zum Resultat, daß er ihn benützen könnte als Motto und Grundlage für die vorliegende Einleitung. Seine Gedankentat, auf die er sich nicht wenig einbildet, ist nun die, daß er erklärt, es handle sich nicht um ein aut—aut wie bei *Nietzsche*, sondern um ein Nebeneinander, um ein Und. Wenn *Nietzsche* behauptet, die Vorsokratiker seien teils Optimisten, teils Pessimisten gewesen, so müsse er behaupten (wie er mündlich erläutert), jeder einzelne Vorsokratiker sei Optimist und Pessimist gewesen. Aber nicht nur aus rein grammatikalischem (!) Widerspruch mit *Nietzsche* entspringt diese Auffassung, sondern noch aus einer andern Überlegung, die die Denkweise des Pat. hübsch beleuchtet. Er ging bei seiner „neuen" Auffassung davon aus, daß *Joël* die Vorsokratiker „romantische Jünglinge" nennt. Das Wort romantische Jünglinge erinnert ihn an die Pubertätszeit. In der Pubertätszeit aber schwankt der Jüngling zwischen Optimismus und Pessimismus hin und her. Er ist weder Nur-Optimist, noch Nur-Pessimist, sondern abwechselnd beides. Da nun, so folgert er (bei der mündlichen Analyse dieses Passus), der Jüngling in der Pubertätszeit sowohl pessimistisch als optimistisch ist, und da andererseits die Vorsokratiker von *Joël* als Jünglinge bezeichnet werden, so müssen auch die Vorsokratiker Optimisten und Pessimisten sein. Die „eigene" Auffassung unseres Patienten entspringt also nicht im geringsten dem eigenen Nachdenken über die Vorsokratiker, sondern lediglich einer dialektischen, ja man darf ruhig sagen zum Teil rein grammatikalischen Veränderung resp. Weiterführung der Aussprüche *Nietzsche*s und *Joël*s. Das Oberflächliche und Kindliche dieses Gebarens, das an das Vorgehen eines Gymnasiasten der Untertertia erinnern mag, ist leicht ersichtlich.

Der Passus: „Der Optimismus ist nicht etwa nur Schale, nein er ist da" erinnert uns sofort an die unlogische Ausdrucksweise, die Patient bei seinen mündlichen Definitionen gab.

Wir können nun einen Abschnitt übergehen, der wiederum lediglich Wiederholungen des Bisherigen enthält. Dann folgt der Schluß:

„Die Einseitigkeit der objektiven Naturbetrachtung, die Vernachlässigung des eigenen Subjektes begann sich zu rächen, so daß man ins andere Extrem verfiel, einseitig subjektiv wurde. Hier sind wir bei den

[1]) *Nietzsche* l. c. S. 99.



ophisten angelangt, deren allgemeine geistige Signatur diejenige eines usgesprochenen Subjektivismus wird, so daß Protagoras alle und jede bjektive, für alle geltende Wahrheit ableugnet. Ein ausgesprochener Relativismus ist das Charakteristikum der Sophistik.

Diese neue Richtung brachte auch die Ethik zu Ehren, denn dieselbe war bisher wenig oder gar nicht beachtet worden, außer von Demokrit, dem einzigen Vorsokratiker, der zum ersten Male eine Lebenslehre entwarf, die aber, wie *Windelband* so deutlich nachweist, im engen Konnex mit seiner Erkenntnislehre, Psychologie und auch Atomenlehre steht, so daß man fast sagen könnte, die Ethik sei hier eine Folgeerscheinung der Erkenntnislehre. Weil Demokrit eine Lebenslehre hinterlassen hat, fühlten einige Gelehrte sich veranlaßt, ihn unter die Sophisten zu zählen; am entschiedensten verficht *Ritter* diesen Standpunkt, gegen welchen *Windelband* und die Neueren entschieden Front machen, da die Berührungspunkte zwischen Atomisten und Sophisten nicht derart innerlich sind, daß man beide zueinander in Parallele stellen kann. Man wird vielleicht einwenden, daß z. B. Heraklit doch eine Ethik hinterlassen habe, aber ich glaube, hier ist die Ethik nur Mittel zum Zweck. Wie es absurd wäre, Descartes einen typischen Skeptiker zu nennen, weil er sich der Fiktion des Zweifels bediente lediglich, nach *Häberlins* Wort, wie einer eleganten Handbewegung, so darf man ebensowenig Heraklit einen Ethiker nennen, denn die Lebenslehre ist hier lediglich Durchgangsstadium, Vorstufe, Mittel zur klaren Erkenntnis; letztere ist das Wichtigste. Um aber zu reiner Erkenntnis zu gelangen, glaubte Heraklit, daß das Denken nicht ausreichend sei, sondern es bedurfte noch des Glaubens und der Hoffnung. Heraklits ethische Vorschriften sind gleichsam geistige Purgative, sie sollen den Menschen aufrütteln aus dem Halbschlaf, den Kopf klären und säubern von allen Resten barbarischen Wahnes, damit er sich erheben könne zu der Erkenntnis des Absoluten, zuvor aber erkenne, daß alles relativ ist, alles fließt, Gegensätze die Welt erfüllen. Aus dem Subjekte, aus den Tiefen des Gefühls war die eleatische und ionische Lehre entsprungen, verloren hatte man sich immer mehr an das Objekt. Lange genug hatte man die Welt mit schweifendem Auge durchirrt, lange genug den Blick nach außen gerichtet: der Sophist bringt den Menschen zu Ehren, das Subjekt, das Maß aller Dinge."

Aus diesem Schlußpassus ersehen wir mit Verwunderung, daß Pat. die leitende Idee, die er der ganzen Einleitung zugrunde legt, völlig vergißt. Die pessimistische Unterströmung der Philosophen von Thales bis Demokrit wollte er zur Überleitung in die Lehre der Sophisten verwenden. Nun finden wir aber in dem Schlußpassus, wo er den Anschluß an die Lehre der Sophisten sucht, kein Wort mehr vom Pessimismus. Nicht die pessimistische Unterströmung liefert ihm den Anknüpfungspunkt an die Lehre der Sophisten, sondern der Gegensatz zwischen der einseitig objektiven Naturbetrachtung (Thales bis Demokrit) und dem



extremen Subjektivismus (Protagoras). Dieser Gegensatz ist die eigentliche Überleitung. Wie in seinen Definitionen sehen wir auch hier, daß Patient zweierlei Unterscheidungsmerkmale verwendet, die er dann nicht mehr auseinander zu halten vermag; er merkt gar nicht, daß er das eine Unterscheidungsmerkmal plötzlich ganz vergißt und lediglich mit dem andern, im Titel und in der Leitidee gar nicht enthaltenen Merkmal schließt. Der erste Gedanke der Einleitung lautet: da die Philosophen von Thales bis Demokrit sich der Grenzen und Aussichtslosigkeit ihres Beginnens bewußt wurden und zum Teil an ihrer Aufgabe verzweifelten, stellte sich bei ihnen eine pessimistische Unterströmung ein. Der zweite Gedanke lautet: die Einseitigkeit der objektiven Naturbetrachtung und die damit zusammenhängende Vernachlässigung des eigenen Subjekts führte zu einer extremen Reaktion, nämlich zu dem einseitigen Subjektivismus der Sophisten. Es gelingt dem Autor nun keineswegs, beide Gedanken in Zusammenhang zu bringen, ja er versucht nicht einmal, einen Zusammenhang herzustellen. Hätte er dies gewollt, so hätte er aufzeigen müssen, wie aus dem Pessimismus der Subjektivismus erfolgen kann, was ja logisch-psychologisch nicht unschwer darzustellen wäre, ganz abgesehen davon, ob es nun historisch richtig ist. An die Prüfung der historischen Wahrheit der Ausführungen unseres Patienten wollen wir gar nicht erst herangehen, wissen wir doch zur Genüge, daß es sich bei ihm keineswegs um Schlußfolgerungen aus dem ursprünglichen Gedankenmaterial der Vorsokratiker handelt, sondern um lose dialektische Verbindungen der Gedanken anderer über die Originale. Eine wissenschaftliche Leistung kann dabei natürlich nicht herauskommen. Bezeichnend ist auch noch der Passus über die Ethik, der gar nicht in den logischen Zusammenhang gehört oder deren logischer Zusammenhang jedenfalls nicht aufgezeigt wird. Auch hier muß aber wieder hervorgehoben werden, daß es weniger der Mangel an logischen Zusammenhängen, die Unschärfe und die Unklarheit der Begriffe und des ganzen Denkens sind, die uns die Diagnose „höherer Blödsinn“ erlauben, als die maßlose Selbstüberschätzung und die darin enthaltene hochgradige Kritiklosigkeit des Patienten über den Wert seiner Leistungen. —

Nachdem diese scheinbar selbständige Einleitung etwas näher betrachtet worden ist, können wir es uns ersparen, auf andere Einzelheiten aus den Studien über die Vorsokratiker oder den übrigen philosophischen Arbeiten unseres Autors näher einzugehen, von denen wir schon erwähnt haben, daß es sich fast lediglich um Kompilationen handelt. Die Gründe, warum jene Kompilationen für den unbefangenen Leser hie und da den Eindruck des Selbständigen erwecken (besondere Tricks der Darstellung, die Überzeugung und Begeisterung, mit denen sie vorgetragen werden, der scheinbar selbständige Stil etc.), wurden schon erwähnt. Wenn trotz allem die Frage übrig bleibt, warum bei unserem Patienten der Beobachter nicht ohne weiteres den Schwachsinn erkennt, und was denn nun die p o s i t i v e Begabung sei, die den A n s c h e i n des Gelehrten



und über dem Durchschnitt Stehenden im ersten Moment erwecken kann, so bleibt neben den erwähnten affektiven Momenten, zumal dem „komplexbedingten" Trieb nach Wissen und Glänzen mit diesem Wissen, nichts übrig als der Hinweis auf die erwähnten Eigenschaften seines Gedächtnisses, seiner sprachlichen Begabung, seiner Einfühlungsgabe. Und wenn zum Schluß noch der Einwurf erhoben werden mag, es sei doch sonst kein Merkmal der Schwachsinnigen, daß sie sich gerade an abstrakte Gedankengänge heranwagen, da sie doch in der Regel gerade am Sinnlichen kleben bleiben und über Partialvorstellungen nicht hinauskommen, so verweise ich auf die ausführlichen Darstellungen *Bleulers* in der erwähnten Arbeit, worin er zeigt, warum gerade die höheren Blödsinnsformen so leicht und mit solchem „Erfolg" mit abstrakten Begriffen operieren.

C. Schlußbemerkungen. — Daß unser Fall in psychologischer und klinischer Hinsicht die größten Ähnlichkeiten mit den Fällen *Bleulers*, namentlich mit den drei ersten, aufweist, ist unverkennbar. Auch unserm Kranken stellt sein Streben Aufgaben, dem sein Intellekt nicht gewachsen ist, auch bei ihm weicht die Intelligenz in ganz bestimmter Richtung von derjenigen des Normalen und der gewöhnlichen Imbezillen ab: im Sinne der Unklarheit des Denkens, der Unschärfe der Begriffe, der Neigung zu abstrakten Gedankenbildungen, der „Loslösung von der Sinnlichkeit" usw.; auch bei ihm finden wir die unkorrigierbare Selbstüberschätzung, die Kritiklosigkeit gegenüber den eigenen Geistesprodukten, die Unfähigkeit, „aus der Erfahrung die brauchbaren Direktiven seines Handelns zu finden", die Diskrepanz zwischen Schul- und Lebensintelligenz usw. All diese Merkmale, seien es psychologisch-erklärende, seien es klinische oder charakterliche, gestatten die Diagnose des Verhältnisblödsinns im Sinne *Bleulers*.

Die von seinen Fällen abweichenden Merkmale sind aber auch nicht zu übersehen: Zunächst scheitert unser Patient im Leben nicht „infolge des ungünstigen Verhältnisses verschiedener psychischer Eigenschaften untereinander", sondern wohl ausschließlich infolge eines einzelnen Defekts, nämlich seiner moralischen Schwäche und ihren Folgen (Alkoholismus etc.). Er scheitert keineswegs im Leben, weil sein Streben dem Verstande Aufgaben stellt, dem dieser nicht gewachsen ist, wie es bei *Bleulers* drei ersten Fällen einigermaßen der Fall ist, (nämlich durch „zu hohe" Anforderungen an ihre Intelligenz), sondern durch zu geringe moralische Widerstandskraft.



dem Leben gegenüber. Wohl fanden wir ein ungünstiges Verhältnis zwischen Streben und Intelligenz, das seiner Intelligenz verhängnisvoll wird und ihn in Studien treibt, denen er nicht gewachsen ist, das ihn aber nicht mit dem Leben in Konflikt bringt; unter anderen Umständen hätten gerade diese Studien seine „Rettung" sein können als Ablenkungsmittel gegenüber denjenigen Trieben, die ihn scheitern ließen.

Dieser Unterschied gegenüber *Bleuler*s Fällen würde mich aber nicht bestimmen, den Fall von jenen klinisch zu trennen, vielmehr würde er mich veranlassen, das Moment des „Scheiterns im Leben" aus der Definition des Verhältnisblödsinns auszuschalten und es dabei bewenden zu lassen, daß bei den Verhältnisblödsinnigen das Streben dem Verstand Aufgaben stellt, denen dieser nicht gewachsen ist, und daß der Verstand an und für sich in der erwähnten Weise von demjenigen der Normalen und einfachen Imbezillen abweicht. Diese Vereinfachung schlage ich aber keineswegs nur auf Grund dieses einen Falles vor, sondern vor allem auch aus methodologischen Bedenken: Ich halte es nicht für zweckmäßig, in die Definition eines klinischen Krankheits- oder Syndromenbegriffes ein rein praktisches Moment einzuschließen, zumal wenn es bald vorhanden sein, bald fehlen kann. Wir bekommen dann ganz heterogene Merkmale in die Definition hinein, nämlich ein praktisches, ein psychologisch-erklärendes und ein klinisch-symptomatologisches. Fällt das praktische weg, so wird die Definition einheitlicher und, wie mir scheint, für den klinischen Gebrauch geschickter. Daß *Bleuler* dieses Moment so sehr in den Vordergrund stellt, ist leicht zu begreifen, scheint doch die ganze Idee vom Verhältnisblödsinn gerade aus dem starken Eindruck hervorgegangen zu sein, den solche Fälle in praktischer Hinsicht hinterlassen. Das „Scheitern im Leben trotz anscheinend guter Intelligenz" war wohl das Ausgangsproblem der ganzen Untersuchung; dieses Problem verschob sich aber zusehends nach der psychologischen Richtung, wie aus der Arbeit selbst leicht ersichtlich.

Bevor wir hier weitergehen, müssen wir noch einmal auf jenes Unterscheidungsmerkmal unseres Falles gegenüber den *Bleuler*schen zurückkommen. *Bleuler*s Fälle zeigen alle außer dem letzten viel mehr Aktivität im praktischen Leben als der unsrige, was zum Teil

mit dem Ziel ihres Strebens zusammenhängt: Sie wollen reich, angesehen werden, ihre Mitmenschen oder wenigstens ihre Familie beglücken, auf andere Menschen einwirken, während die Aktivität unseres Falles sich lediglich in seinen eng begrenzten Studien zeigt; er will gelehrt werden, ein Philosoph sein, er verzehrt sich in dem Drange, möglichst viel Wissen aufzustapeln, immerhin auch, um damit Eindruck zu machen, aber mehr nur einzelnen Personen. Mit der Menge will er nichts zu tun haben. Er stellt damit einen „aristokratischeren“ Typus dar und — im Gegensatz zu dem Typus des kaufmännischen Unternehmers, des Wohltäters, Naturheilers und der Hygienikerin — den Typus des Gelehrten. Wenn er im übrigen, wenigstens in seinen schriftlichen Erzeugnissen, trotz größter Ähnlichkeiten, die sich bis auf den Satzbau und die ganze Diktion erstrecken, doch keinen so abstrusen Unsinn hervorbringt wie jene, so darf nicht vergessen werden, daß er viel mehr gelernt hat als jene, daß er „gebildeter“ ist, daß er sich viel näher an seine Vorbilder hält und viel weniger selbständig-produktiv ist. Was andererseits seine Moral anlangt, so steht er weit hinter jenen Fällen. Wir haben es bei ihm außer mit einem intellektuellen Schwachsinn auch mit einem ausgesprochenen moralischen Schwachsinn zu tun. Auch dieser Umstand sollte noch bei der Bewertung der Intelligenz berücksichtigt werden. Wenn ich auch nicht gerade so weit gehe wie *Windelband* [1]), der sagt: „Erst wo das Denken als eine sittliche Pflicht angesehen wird, vermag es seine Ziele zu erreichen“, so ist dieses Moment doch nicht zu umgehen. Und ich stimme *Windelband* völlig bei, wenn er sagt: „Die moralische Kraft ist es, welche während der Zeit der Gedankenarbeit die fremden Eindrücke, die Verlockungen der Phantasie, die persönlichen Interessen fernhalten und niederdrücken muß, damit das Bewußtsein für seine Zwecke freien Raum bewahre. Denn das natürliche Denken des Menschen hat einen unverwüstlichen Hang zum Spazierengehen, und nur der sittliche Ernst der Wahrheitsforschung kann es auf den rechten Weg bringen und darauf festhalten bis ans Ende.“

Wie wir vielfach angemerkt haben, fehlt unserem Patienten dieser „sittliche Ernst“ auch in seinen philosophischen Studien. Persönliche

[1]) *Windelband:* Präludien, II. Bd. Vierte Aufl. Über Denken und Nachdenken. S. 24 ff. Tübingen 1911.



Interessen (Komplexe) und die „Verlockungen der Phantasie" sind es vielleicht noch mehr als die Art seiner Intelligenz, die sein Denken so minderwertig erscheinen lassen. Und nicht ohne Grund fürchtet er selbst jeweils, daß er sich durch seine mündlichen oder schriftlichen Ergüsse „prostituiere". —

Nachdem wir unseren Fall als zu den Verhältnisblödsinnigen gehörig rubriziert haben, sind die diagnostischen Fragen aber noch keineswegs erledigt.

Wir haben bereits erwähnt, daß Patient von dem Begutachter als schwerer konstitutioneller Psychopath mit homosexueller Veranlagung bezeichnet wurde, dessen krankhafte psychische Verfassung hauptsächlich charakterisiert sei durch grobe Defekte auf dem Gebiete des Gefühls und der Willenshandlungen bei relativ guter intellektueller Beschaffenheit. Nun dürfen wir ja nicht vergessen, daß sich diese Ausführungen nicht in einer wissenschaftlichen Arbeit, sondern in einem gerichtlichen Gutachten finden, in dem es hauptsächlich auf einen praktischen Zweck ankommt, nämlich den Richter von dem Vorhandensein der Geistesschwäche überhaupt zu überzeugen. Mit diesem Vorbehalt wollen wir an die Ausführungen des Begutachters herangehen. Der Begutachter erklärt, es sei zwar zweifellos, daß bei Herrn v. X. keine geistige Minderwertigkeit im Sinne des landläufigen Schwachsinns vorliege, habe er doch sein Abitur gemacht, sich auf der Universität als Student bewegt, und trage er auch sonst in keiner Weise die Zeichen des angeborenen Schwachsinns im alltäglichen Verkehr zur Schau! Hingegen müsse man bei ihm mit Fug und Recht von geistiger Schwäche sprechen, wenn man nur nicht versäume, „die Taxe der Gesamtpersönlichkeit in Rechnung zu stellen: Intellekt, Wille und Gefühl". Wir sehen, wie auch hier auf das Verhältnis der einzelnen geistigen Vermögen zueinander abgestellt wird, müssen aber auf Grund unserer eingehenden Untersuchung dem folgenden widersprechen, wo die Abnormität des Intellekts lediglich in seiner Einseitigkeit gesehen wird: „In literarisch-ästhetischer Hinsicht, namentlich unter dem Gesichtswinkel des Feuilletons und aphoristischen Essays betrachtet", soll Patient eine überdurchschnittliche Begabung (!) zeigen, während er auf andern Gebieten des Wissens absolut steril sei. Das größte intellektuelle Manko zeige sich aber auf dem Gebiete des Urteils. Explorand sei nicht in der Lage, „die



normalen urteilenden Beziehungen zwischen dem „Ich" und den durch seinen Stand, seine soziale Herkunft und seinen Bildungsgrad gegebenen Verpflichtungen zu konstruieren". Dieses Urteil sei aber das einzige untrügliche Normatif für die Willenshandlungen.

Wir sehen, daß hier (im Anschluß an *Maudsleys* Auffassung) der moralische Defekt durch einen intellektuellen Defekt erklärt wird, wozu der psychiatrische Begutachter durch die deutsche Rechtsprechung ja gezwungen wird. Was der Begutachter hier als intellektuelles Manko bezeichnet, würden wir gerade als moralisches Manko auffassen, während wir da, wo er eine überdurchschnittliche Begabung konstatiert hat, gerade einen intellektuellen Mangel nachweisen konnten.

Einen festen Willen, heißt es ferner, besitze Herr v. X. überhaupt nicht. Er sei ein haltloser Mensch, der nirgends aushalte und keine Stetigkeit kenne. „Leichtsinn und Reue, rascher Impuls und schwächliches Erlahmen wechseln bei solchen Menschen ab. Immer suchen sie die Schuld bei den anderen und in den äußeren Verhältnissen. Sie poussieren ihre kleinen oder großen Talente, aber die nutzbringende Arbeit scheuen sie. Sie fangen alles mit einer gewissen Begeisterung an, lassen aber alles nach kurzer Frist resigniert und indolent liegen." — „Von der wechselvollen Schullaufbahn an bis auf den heutigen Tag sehen wir bei Herrn v. X. das Unstete und Unberechenbare, verschärft durch den Mangel an urteilenden Verstandeskräften. Der Alkohol raubt dann gewöhnlich noch den letzten Rest von Willensenergie und macht das Lebensschiff des Psychopathen steuerlos." Im Gefühlsleben des Exploranden seien dieselben Defekte wie in der Intelligenz vorhanden, ihm fehle das Gefühl für Gut und Böse, für Mein und Dein; wirkliche Reue zeige er nicht.

Wir sehen aus dem Vorstehenden, daß die Diagnose des landläufigen angeborenen Schwachsinns hier verworfen wird wohl infolge der Überschätzung der literarisch-ästhetischen Begabung, des gesellschaftlichen Schliffs und der Lernfähigkeit (Abitur gemacht etc.) des Exploranden. Wenn auch gerade hier die Rücksicht auf den Richter besonders maßgebend gewesen sein muß, so ließe sich doch gerade unter dem Gesichtspunkt der Lehre vom Verhältnisblödsinn die geistige Schwäche unseres Patienten unschwer nachweisen. Ich

verkenne keineswegs die Schwierigkeiten, die die Anwendung der Lehre vom Verhältnisblödsinn überhaupt für die Beurteilung vor Gericht in sich birgt, nämlich in solchen Fällen, wo es sich um eine relativ gute Intelligenz und eine relativ gute Moral und lediglich um ein ungünstiges Verhältnis beider zueinander handelt. In unserem Falle liegt jedoch die Sache einfacher, wenn man nur die Intelligenz des Patienten tatsächlich für das nimmt, was sie ist, nämlich für eine durchaus herabgesetzte, die nur infolge gewisser formaler und affektiver Momente den Schein einer guten Begabung erweckt. Nachdem dieser Schein zerstört, wären auch die Beziehungen unseres Falles zum landläufigen angeborenen Schwachsinn und seine Besonderheiten ihm gegenüber leicht aufzudecken. Die Beziehungen zum angeborenen Schwachsinn finden wir in dem angeborenen Hang zum Lügen und Stehlen, im ganzen Lebensschicksal des Patienten, das ihn von Schule zu Schule wirft, und das ihn, sobald er sich etwas selbständiger im Leben bewegen soll, sozial völlig scheitern läßt.. Wir finden sie ferner in der Art und Weise seiner emotionellen Erregbarkeit, seiner Wutausbrüche, die wir bis in die Jugend zurück verfolgen können, der Art seiner Empfindlichkeit und seines Mißtrauens, das sich zeitweise bis zu vorübergehenden wahnhaften Einbildungen vom Typus der Wahnideen Imbeziller steigert, und finden diese Beziehungen auch in den länger dauernden Erregungszuständen, die dem klinischen Bild der Erregungszustände bei Imbezillen durchaus entsprechen. Hier angelangt, könnte man dann das Verhalten des Patienten in moralischer Hinsicht dem Richter leicht als Teilerscheinung des allgemeinen Schwachsinns begreiflich machen.

So gekennzeichnet wäre das klinische Bild unseres Falles wesentlich anders aufzufassen, als nach der Schilderung des Begutachters, wenn auch die praktischen Konsequenzen beider Auffassungen dieselben sind. Nach dem Begutachter handelt es sich im wesentlichen um das Bild der allgemeinen (intellektuellen plus moralischen) angeborenen psychopathischen Degeneration *Kochs*. Ich halte es nun gerade für ein Verdienst *Bleuler*s, daß er es uns erleichtert, einen Teil der hierzu gehörigen Fälle von der endlosen Reihe der psychopathisch Minderwertigen und Dégénérés abzutrennen und einer besonderen Gruppe des angeborenen Schwachsinns zuzuweisen. Mit dieser Verschiebung der Diagnose werden wir



ıch mehr auf die organische Grundlage solcher Fälle hinge-
iesen [1]).

Indem ich im Vorstehenden und in der ganzen Arbeit unseren
all immer als Spezialfall des angeborenen Schwachsinns aufgefaßt
nd geschildert habe, entferne ich mich in gewisser Hinsicht wiederum
on *Bleulers* Auffassung. Seine Lehre vom Verhältnisblödsinn ent-
pringt, wie wir sahen, der empirischen Erfahrung, der Beobachtung
inzelner Fälle, und wird darüber auf induktivem Wege zu einer Idee
der einem allgemeinen Begriff, enthaltend alle nur irgendwie denk-
aren Möglichkeiten des Verhältnisses zwischen Intellekt und Affek-
ivität und der theoretischen und praktischen Folgen dieser Verhält-
nisse. Mit dieser Idee schreiten wir aber, wie *Bleuler* selber sagt,
über das Gebiet des Krankhaften in das Gebiet des Gesunden weit
hinüber. Es bleibt uns also nichts übrig, als im einzelnen Fall erst
noch zu bestimmen, ob wir es mit einer Krankheit zu tun haben oder
nicht, was schon klinisch, noch viel mehr aber forensisch von größter
Bedeutung ist. So fruchtbar daher auch die Lehre für die Analyse
des Einzelfalles ist, so verkenne ich doch ihre Schwierigkeiten nicht,
wenn sie auch keineswegs größer sind als überall da, wo es sich um
die Anwendung (vermögens-)psychologischer Begriffe und ihrer
(assoziations-)psychologischen Erklärung auf die Klinik handelt.
Diese Schwierigkeiten liegen durchaus in der psychiatrischen Disziplin
selbst. Im vorliegenden Fall werden sie noch dadurch erhöht, daß der Be-
griff des Verhältnisblödsinns im Laufe der Arbeit *Bleulers* aus dem em-
pirischen Material möglichst frei herauspräpariert, d. h. scharf ab-
gegrenzt wird, wodurch er seinen Zusammenhang mit andern klinischen
Erscheinungen verliert, aber um so brauchbarer wird als einzelner
Symptomenkomplex. Der Verhältnisblödsinn verliert so unter der
Hand *Bleulers* seinen Wert als Krankheitsbegriff. Er braucht nicht
mehr angeboren zu sein, sondern kann auch erworben werden und
kann sich als solcher bei der Schizophrenie oder im Zusammenhang
mit einer submanischen Grundstimmung (*H. W. Mayer*) finden.
Demnach wäre es wohl am folgerichtigsten, den Verhältnisblödsinn

[1]) In diesem Zusammenhange sei auch die angeborene Schädel-
anomalie unseres Falles erwähnt, auf die freilich heutzutage lange nicht
mehr das Gewicht gelegt wird wie es bei *Griesinger*, *Schüle* etc. noch der
Fall war.



— soweit er in den Bereich der Klinik gehört — überhaupt nur noch als Symptomenkomplex zu betrachten und von einem Verhältnisblödsinn bei der Schizophrenie, der chronischen Submanie (oder einzelnen manischen Verstimmungen) oder beim — — angeborenen Schwachsinn zu sprechen. Zu dieser letzteren Kategorie würde unser Fall gehören und gehören wohl auch die Fälle I, II und III *Bleulers*. Nach der ganzen Auffassung *Bleulers* brauchen wir offenbar neben der Diagnose des Verhältnisblödsinns als Symptomenkomplex noch andere klinische Merkmale, um zur Diagnose der Krankheit zu gelangen. Ich persönlich bedaure aber diese Wandlung des Begriffs und möchte lieber an seiner Bedeutung als Krankheitsbild festhalten, d. h. als einer besonderen Unterabteilung des angeborenen Schwachsinns. Ich gebe zu, daß die Schizophrenie und wohl auch die Submanie ähnliche Bilder hervorzurufen vermögen, kann mich aber des Eindrucks nicht erwehren, als handle es sich in solchen Fällen um angeboren Schwachsinnige, die später schizophren oder manisch wurden. *H. W. Maier* [1]) faßt *Bleulers* Fall II so auf. Gerade bei unserem Falle, aber durchaus auch bei *Bleulers* Fällen, drängt sich einem doch zunächst auf, daß man es mit angeboren Schwachsinnigen von einem in sich geschlossenen, markanten Typus zu tun hat, die sich in bestimmter Richtung von den gewöhnlichen Imbezillen unterscheiden, jedoch ihnen näher stehen als den Normalen. Konsequenterweise kann ich mir daher auch den Verhältnisblödsinn nicht denken ohne eine minderwertige Intelligenz ganz an und für sich, die nur durch ein verstärktes und in bestimmter Hinsicht gerichtetes Streben und gewisse formale Eigenschaften den Anschein einer höherwertigen Intelligenz erweckt. Ich verwerfe auch hier, wie ersichtlich, das Merkmal des Praktischen, des Scheiterns im Leben, und würde Leute, die lediglich infolge des ungünstigen Verhältnisses zwischen Streben und Intellekt bei an und für sich intakter Intelligenz im Leben scheitern, nicht als verhältnisblödsinnig bezeichnen. Ich weiß wohl, daß ich bei dieser Konsequenz in rein klinischer Hinsicht unkonsequent in rein gedanklicher Hinsicht bin; denn wenn man einmal einen Verhältnisblödsinn überhaupt im Sinne *Bleulers* gelten läßt, muß man

[1]) *H. W. Maier:* Über katathyme Wahnbildung und Paranoia. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Origin. 13. Bd. 1912, S. 592.



ıch alle denkbar möglichen Übergänge gelten lassen. Daß die Konse-
ıenz auf dem einen Gebiet die Konsequenz auf dem andern aus-
:hließt, ist wohl der Haupteinwand gegen die ganze Lehre. Er beruht
ıf der Verquickung mehrerer Unterscheidungsprinzipien in ihrem
.ufbau. Wie ersichtlich, helfe ich mir damit, daß ich an dem klinisch
›ststellbaren Unterscheidungsmerkmal (besonders gearteter Intelli-
enzdefekt) festhalte und innerhalb des Geltungsbereichs dieses
:linischen Merkmals das Verhältnis zwischen Streben und Intellekt
n das gebührende Licht setze, wie *Bleuler* es uns gelehrt hat. Ich
veiß wohl, daß ich damit von seiner Auffassung stark abweiche und
mich wieder *Guddens* Auffassung vom „höheren Blödsinn" nähere,
diese aber mit dem *Bleuler*schen Gedanken verbindend.

Zum Schlusse muß ich noch auf ein wichtiges Moment aufmerksam machen, nämlich auf das Wirken der Komplexe beim Verhältnisblödsinn. Es scheint mir nämlich sicher, daß wir keineswegs immer von dem Verhältnis des Strebens oder der Affektivität überhaupt zum Intellekt sprechen dürfen, sondern da und dort statt Streben oder Affektivität Komplex sagen, m. a. W., daß wir statt von angeborenen Trieben von Komplextrieben sprechen müssen. Ich meine damit, daß es sich nicht immer um eine angeborene oder erworbene affektive Disposition handeln muß, sondern sich auch um einzelne gefühlsbetonte Vorstellungsgruppen handeln kann, die, zeitlich näher bestimmt und inhaltlich näher umgrenzt, dem Intellekt seine Richtung bis zu einem gewissen Grade vorschreiben. Im Einzelfalle dürfte es oft nicht leicht sein, zu entscheiden, um welchen Typus es sich handelt. Können doch auch die komplexbedingten Strebungen — wie in unserem Falle — sich schon in der Jugend geltend machen und lange Zeit oder dauernd sich betätigen. Hier angelangt, müssen wir noch weiter gehen und uns fragen, ob nicht die ganze Lehre vom Verhältnisblödsinn sich vom komplextheoretischen Standpunkte aus auffassen ließe. An Stelle der vermögens- und assoziativ-psychologischen Betrachtung würde dann die „verstehende Psychologie" treten, d. h. die Betrachtung nach „verständlichen" Zusammenhängen im Sinne *Jaspers*. Wir wären demnach gezwungen, in jedem einzelnen Falle zu untersuchen, ob wir nicht die Richtung, die die Intelligenz des einzelnen Verhältnisblödsinnigen einschlägt (den besonders gearteten und psychologisch



nicht weiter zurückführbaren Intelligenzdefekt immer vorausgesetzt), rein psychologisch verstehen können; m. a. W. es erhebt sich die Frage, ob uns nicht die psychanalytische Betrachtungsweise hier weiter führt als die deskriptiv-psychologische. Ich glaube, daß diese Frage schon jetzt zu bejahen ist, und bedaure nur, daß ein tieferes psychanalytisches Eindringen in unseren Fall nicht möglich war. Immerhin sei darauf hingewiesen, daß wir in der vorliegenden Arbeit den Intelligenzkomplex des Patienten (im Sinne des Strebens nach Wissen und Erkenntnis und des Glänzens mit demselben) klar hervorheben konnten, und daß wir ihn verstanden haben als Ausdrucksmittel des Willens zur Macht und zur Geltung [1]). In den Phantasien unseres Patienten fanden wir diesen Willen zur Macht sehr ausgesprochen wieder, und zwar in ganz einseitiger Gestalt: Patient sieht sich im Geiste als Rektor der Universität in seine Vaterstadt einziehen, sieht sich als anerkannten Gelehrten, der den Nobelpreis erhält, usw. Nur als Geistesheros will er glänzen, herrschen oder Macht ausüben, nie als König, Feldherr, Minister u. dgl. Viel besser als beim angeborenen Schwachsinn ist uns diese einseitige Ausbildung des Triebes nach Macht in der Form des Wißtriebes bekannt bei der Zwangsneurose. Mit gutem Grund faßt *Freud* den Wißtrieb hier auf als „einen sublimierten, ins Intellektuelle gehobenen Sprößling des Bemächtigungstriebes" (des Sadismus im Sinne des ausgedehnteren Begriffs *Freuds*) [2]). Mit dem Hinweis auf den Sadismus füllen wir aber eine noch offene Lücke in der Schilderung unseres Patienten aus. Denn so klar der Masochismus bei ihm zutage trat, so wenig scharf fanden wir den Sadismus ausgesprochen, wenigstens auf rein sexuellem Gebiete. Es besteht aber für mich mit *Freud* kein Zweifel, daß das Gegensatzpaar Sadismus-Masochismus wie andere triebartige Gegensatzpaare immer zusammen vorkommen, wenn nur die Untersuchung weit genug getrieben wird und auch die nicht eigentlich sexuellen Abkömmlinge der betreffenden

[1]) Wir lassen es dahingestellt sein, ob wir diesen Willen zur Macht besser verstehen im Sinne *Adlers* als Überkompensation der Minderwertigkeitsgefühle und als „männlichen Protest" oder im Sinne *Freuds* als Ausfluß des Vaterkomplexes. Beide Betrachtungen können sehr wohl nebeneinander bestehen, handelt es sich doch nur um verschiedene Standpunkte gegenüber einem und demselben psychologischen Tatbestand.

[2]) Vgl. *Freud*, Die Disposition zur Zwangsneurose. Internat. Zeitschr. f. Ärztl. Psychoanalyse. I. Jahrgang, Heft 6, S. 525.



Triebe richtig aufgefaßt werden. Wir finden dann die noch offen gelassenen Lücken im psychosexuellen Leben unseres Patienten ausgefüllt, wenn wir der Beziehungen gedenken, die zwischen dem Sadismus und dem Willen zur Macht, insbesondere in seiner speziellen Ausgestaltung als Trieb nach Wissen und nach Herrschen vermöge dieses Wissens, tatsächlich zu bestehen scheinen.

Indem ich unseren Fall nur andeutungweise von der psychanalytischen Seite aus beleuchtet habe, wollte ich wiederum nur andeuten, wie die Lehre vom Verhältnisblödsinn überhaupt durch die psychanalytische Betrachtungsweise befruchtet und auf eine breitere Basis gestellt werden könnte. Denn wir begnügen uns heute nicht mehr mit einer rein psychologisch-deskriptiven Auffassung oder assoziativ-psychologischen Erklärung der einzelnen psychologisch-klinischen Wissensgebiete, sondern wir haben bereits angefangen, zu einem psychologischen Verständnis derselben zu gelangen. Der Psychiatrie harren hier noch eine Menge äußerst schwieriger Probleme. Wer diese kennt oder auch nur ahnt, der wird über der Vertiefung in den einzelnen Fall nie das allgemeine Interesse der Psychiatrie vergessen. Nur so wird sich ihm die psychologische Kleinarbeit lohnen, und wird er die nötige Ausdauer und Lust behalten zur möglichsten Vertiefung in den einzelnen Fall; denn nicht die Massenvergleichung und die klinische Betrachtungsweise sind es, die uns heute besonders not tun: im einzelnen Falle ruhen die allgemeinen Probleme!

Über einseitige Gehörshalluzinationen[1]).

Von

Dr. **Hermann Goldbladt,**
ordin. Arzt.

Nachdem ich einen Patienten mit eklatanten einseitigen Gehörshalluzinationen bei gleichzeitig bestehender Ohraffektion entdeckt hatte und mein Interesse in dieser Richtung geweckt war, stieß ich bald darauf auf drei weitere ähnliche Fälle.

Sowohl die diesbezügliche dürftige Kasuistik als das theoretische Interesse, welches der Zusammenhang zwischen Affektion eines peripheren Sinnesorganes und Halluzinationen bietet, und zuguterletzt gewisse therapeutische Konsequenzen, die sich aus einem solchen Zusammenhang ergeben, rechtfertigen die Veröffentlichung meiner vier Fälle.

Fall I. N. K., 39 J. alt, verh., Tagelöhner, wird dem Krankenhause am 16. III. 1913 von seiner Frau zugeführt.

Dieselbe macht folgende anamnestische Angaben: Ein Bruder des Pat. litt an einer akut verlaufenden Geisteskrankheit; Pat. ist 7 Jahre verheiratet, Ehe kinderlos, keine Aborte; auch sonst keine Hinweise auf Lues. Seit c. 18 Jahren periodische Alkoholexzesse, früher etwa viermal jährlich je 2—3 Tage lang, in der letzten Zeit immer häufiger, fast jeden Monat eine ganze Woche hindurch (durchschnittlich 400,0—800,0 Schnaps pro die). Auch früher sollen während der dipsomanischen Zustände Halluzinationen und Illusionen visueller und akustischer Natur aufgetreten sein (hörte Musik, Geschrei, Geräusch, sah unbekannte Menschen um sich herum, alle seine Freunde versammelt; „niemand ist da, und jemand ruft mich"; „in meinen Ohren klingt's und schreit's" usw.). Epileptische Anfälle resp. Äquivalente werden in Abrede gestellt.

[1]) Aus der akuten psychiatr. Männerabteilung des Gouvernements-Landschafts-Krankenhauses Jekaterinoslaw — Rußland (Oberarzt Dr. med. *V. Krumbmiller*).



Der Alkoholabusus, welcher der jetzigen psychischen Erkrankung vorangegangen, ist stärker als in früheren Perioden gewesen und hat 10 Tage angedauert. Nachdem schon einige Tage Gesichts- und Gehörshalluzinationen sporadisch aufgetreten waren, zeigt Pat. heftige motorische Erregung infolge schreckhafter, beängstigender Sinnestäuschungen („man will mich zerschneiden“; „ich werde erstickt“; „nun werden die Augen herausgerissen“ usw.); springt aus der ersten Etage durch die Fensterscheibe und verletzt sich dabei die Hand. Nach dieser Episode war Pat. niedergeschlagen, in sich gekehrt, weinte und betete stundenlang. Seit gestern wieder stark erregt, bittet, den Wandspiegel zu entfernen, weil dort jemand zu ihm spricht, Grimassen schneidet; ferner öffnet Pat. die Tür und spricht in den leeren Flur hinein: „Komm doch herein!“; „wieviel seid ihr da?“; „Ach so, 14 Mann“ usw. Vom heutigen Morgen ab behauptet Pat. in einem fort, ihm sei jemand — ein 14 jähriger unbekannter Schüler — ins linke Ohr hineingekrochen und unterhalte sich von dort aus mit ihm. Pat.: „Was möchtest du? Eine Semmel? Oliven? ein halbes Pfund?“.

Somatischer Befund: 4 cm lange, recht tiefe Schnittwunde an der linken Handfläche. Allgemeiner leichter Vasospasmus; beschleunigte Herztätigkeit. Tremor manuum. Gesteigerte Patellarreflexe. Sonst alles normal.

Nach der Aufnahme ist Pat. ganz unzugänglich und verweigert jegliche Antwort, fügt sich jedoch ruhig dem Bettregime. Nach einigen Stunden gesprächig, vollkommen zeitlich und räumlich orientiert. Erklärt gestern „wegen des Ohres und zerrütteter Nerven“ interniert worden zu sein. Gibt über seine Person (Wohnort, Beschäftigung, Alter usw.) prompten Bescheid. Weist überhaupt keine intellektuellen Defekte auf. Aufmerksamkeit gegenüber äußeren Eindrücken beträchtlich herabgesetzt. Stimmung gedrückt. Ruhiges, geordnetes Benehmen. Von seiten des rechten Ohres ausgesprochene Gehörshalluzinationen, für die Pat. in systematischer und umständlicher Weise folgende Erklärung abgibt. Ein ihm völlig unbekannter Schüler sei in Gestalt eines Insekts oder eines ganz kleinen Vogels in sein rechtes Ohr hineingekrochen und führe dort verschiedene Gespräche, stelle Fragen, erteile Weisungen. „Er spricht so viel zusammen, daß ich's vergesse“; „schimpft mordsmäßig“; „schickt mich zum Doktor, damit er herausgenommen werde“; „ich soll ruhig liegen bleiben, damit er's bequem habe“; „behauptet, daß er einen Monat im Ohr drinbleiben kann, dann wird er herausfliegen, sich im Kreise herumdrehen und wieder der 14 jährige Schüler werden“; „sein Familienname ist so was in der Art wie Bernstein oder Fernstein“; Pat. erklärt fernerhin, daß „er“ zusammen mit ihm speise, die Zeitung lese (Wie ist das möglich? — „Ich weiß selber nicht“). Der betreffende Schüler soll bereits früher 14 Personen ins Ohr geflogen sein, jetzt aber sei er schlimm dran, weil er nicht heraus könne. Auch habe

„er" eine „Kompagnie" von 7 Schülern und 7 Schülerinnen, die aufspüren, wem er ins Ohr geflogen, um alsdann in Gestalt von Insekten oder Vögelchen in die Wohnung des Wirtes einzudringen; „dort verwandeln sie sich in gewöhnliche Menschen, sind aber dann splitternackt und machen, was sie wollen, und treiben paarweise Unzucht". Sowohl der Wirt, der den seltsamen Gast in seinem Ohre beherbergt, als die anderen Hausgenossen werden — nach Angaben des Kranken — eingeschläfert; sind im Hause nur junge Mädchen vorhanden, so käme nur die männliche Kompagnie und mißbrauche dieselben im eingeschläferten Zustande.

Pat. betont ausdrücklich, daß er jenen verwandelten Schüler niemals gesehen hätte und auch jetzt nicht wahrnähme, auch fühle er nicht seine Anwesenheit, nur höre er seine dumpfe Stimme im rechten Ohr („als ob er durch die Tür spräche"). Pat. erklärt, daß er all diese Angaben sich nicht ausdenke, sondern alles Gesagte direkt und haarklein von dem „drin sitzenden jungen Manne" erfahren habe. Auf die Bemerkung, daß die ganze Geschichte völlig unglaublich, die Umwandlung eines Menschen in ein Insekt ein nie dagewesenes Kunststück sei, entgegnet Pat., alles verhalte sich tatsächlich so und nicht anders, sei „ganz wahr", wie die Stimme versichere; die Umwandlung usw. wäre allerdings ein merkwürdiges Kunststück, könne aber durch Hypnotismus erklärt werden. Auch hätte ihm die Stimme anvertraut, daß die „Kompagnie" diesen merkwürdigen Modus gewählt habe, um bei ihren Orgien der Kontrolle der Schulobrigkeit zu entgehen.

Pat. hat nicht die allergeringste Krankheitseinsicht gegenüber der vorliegenden einseitigen Gehörshalluzinose und trägt seine drollige Geschichte mit derart ernsthafter Miene vor, daß das anwesende medizinische Personal an sich halten muß, um nicht mit lautem Lachen herauszuplatzen. — In den vorangegangenen deliranten Zustand zeigt Pat. eine gewisse Kritik und Einsicht: erzählt, er habe damals außer verschiedenen Menschengestalten alles mögliche Ungeziefer, auch Teufel, Affen u. dgl., gesehen, hörte u. a., wie eine Stimme zur anderen sprach: „Wollen wir noch einen Dritten zu Hilfe nehmen, ihn auf's Pflaster schleudern, dann ist er kaput"; um der drohenden Todesgefahr zu entgehen, habe er jenen Sprung durch's Fenster riskiert; gegenwärtig hege er Zweifel an der tatsächlichen Existenz des damals Gehörten und Gesehenen — „vielleicht war das ein Traum mit offenen Augen?!"

Ohrbefund (Dr. med. *Kompanejetz*):

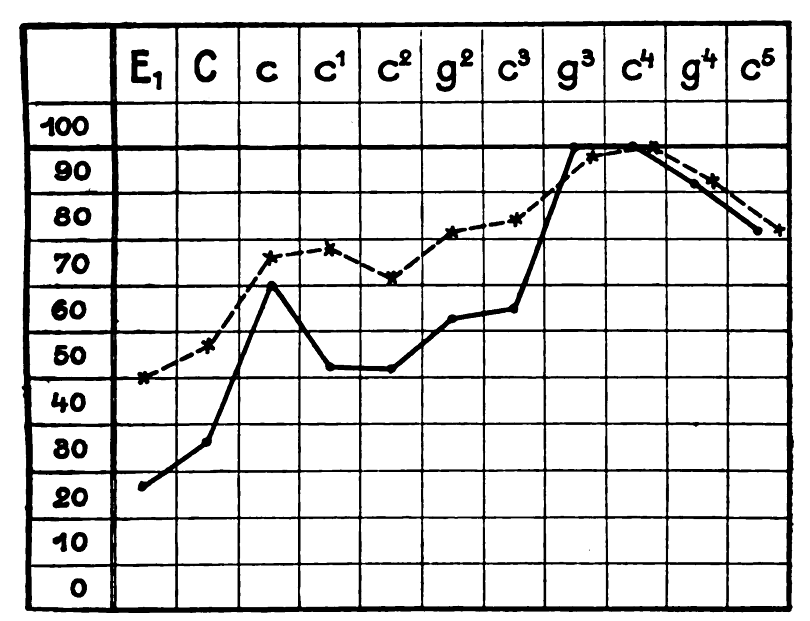
Am rechten Trommelfell ist eine beträchtliche nierenförmige Narbe konstatierbar, welche die gesamte untere Hälfte des Trommelfells einnimmt; hinter der Narbe — Depositum calcareum. Dasselbe Bild links, wobei jedoch hier das Depos. calc. in der vorderen Trommelfellpartie abgelagert ist. Die Narben sind beiderseits beweglich.

Die Funktionsprüfung ergab folgendes: Weber nach rechts (für Stimmgabeln a′ und A); Rinne (für a′) rechts negativ (— 11″), links



positiv (+ 3″); beim *Schwabach*schen Versuche erweist sich die Knochenleitung etwas verlängert (ca. 3″ für Stimmgabel a′ und c, 2″ für A). Die untere Gehörgrenze ist rechts bis D_{-1}, links bis D_{-2} gesteigert (Norm. C_{-2}); die obere Gehörgrenze ist beiderseits herabgesetzt: 1,07 Galtonpfeife (statt Norm 0,68). Flüstersprache hört Pat. rechts auf 3 m, ca. links auf 7,5 m.

Die Perzeptionsdauer einzelner Stimmgabeln (im Prozentverhältnis zur Norm berechnet) ist aus der beigefügten Tabelle ersichtlich. Die erhaltene Gehörskurve ist fürs rechte Ohr als fortlaufende, fürs linke als unterbrochene Linie dargestellt. Man sieht, daß beide Kurven im allgemeinen aufsteigenden Charakter haben, d. h. eine bessere Hörfähigkeit für hohe Töne im Vergleich zu niedrigen aufweisen und nirgends 100% übersteigen.



Auf Grund des Untersuchungsbefundes ist der Schluß zu ziehen, daß Pat. an doppelseitiger Erkrankung des Mittelohres leidet (Residua otitidis mediae suppur. chron.), wobei das rechte Ohr stärker als das linke affiziert ist; die Nn. acustici sind intakt.

Bei Untersuchung des Vestibularapparates mittels Kalorisation konstatiert man, daß Nystagmus durch Eingießen von 400 ccm Wasser (20° C.) erzeugt wird und ca. 2 Minuten anhält. Weder Spontannystagmus noch Nystagmus bei Kopfneigungen wird beobachtet.

Anamnestischer Nachtrag: Pat. behauptet, schon seit vielen Jahren an Schmerzen und Geräuschen von seiten des rechten Ohres zu leiden; zeitweilig sei auch eitriger Ausfluß aus demselben aufgetreten, so daß Pat. häufig Watte hineinstopfte. Die Frau des Kranken bestätigt diese Angabe

und fügt hinzu, daß die Ohrerkrankung immer schlimmer werde, sich besonders während der Trunkperioden geltend mache, indem Pat. alsdann nahezu taub wäre, z. B. leise gesprochene Worte nicht hören könne; überhaupt soll schon einige Jahre lang eine gewisse Schwerhörigkeit bestehen. Abnormitäten in der Vita sexualis des Pat., auch Eifersuchtsideen, werden in Abrede gestellt; auch vermag die Frau keine bestimmten anamnestischen Anhaltpunkte für den sonderbaren Inhalt des vorliegenden Wahngebildes anzugeben, indem Pat. angeblich weder Beziehungen zu Schülern oder Feldschern gehabt hat, noch jemand, dessen Name wie Bernstein klingt, kennt; wohl aber soll Pat. ein eifriger Zeitungsleser sein und sich vor längerer Zeit anläßlich eines Artikels über die sittliche Verwahrlosung der lernenden Jugend aufgehalten haben.

(Ein Freudianer hätte aus dem vorliegenden Falle wohl die abenteuerlichsten Dinge psychoanalytisch herausgetüftelt.)

17. III. Ruhiges, geordnetes Verhalten. Gedrückte Stimmung. Aufmerksamkeit und Reaktion der Umgebung gegenüber herabgesetzt. Intellektuelle Defekte nicht nachweisbar. Zuerst etwas abweisend, gibt jedoch bald eingehende Antwort auf alle an ihn gerichteten Fragen.

Das gestern geäußerte systematisierte Wahngebilde wird aufs neue bekräftigt, erhält jedoch einige neue Züge. Vor allem erfahren wir — offenbar im Anschluß ans vorangegangene Examen —, der wunderliche Ohrengast hätte schon bei seinem Einzuge erklärt: „In deinem Ohr werde ich zugrunde gehen, weil es krank ist und läuft.“ Das sei nun tatsächlich geschehen — in voriger Nacht sei „er“ gestorben; nun belästige den Pat. bloß ein Rauschen und Pochen im rechten Ohre — „es ist so, als ob mit den Zähnen ein Knorpel zerdrückt würde“.

Unverändert Mangel jeglicher Krankheitseinsicht: einen direkten Beweis, daß es sich bei ihm nicht um eine Einbildung resp. Krankheit handle, sieht Pat. darin, daß „er ohne Anreden seinerseits früher die Stimme gehört hätte“. „Jetzt ist der Kerl tot. ... Bitte nehmen Sie, Herr Doktor, die tote Mücke heraus! Vielleicht war's auch keine Mücke, aber jedenfalls etwas Fliegendes, denn „er“ sagte ganz deutlich: „wir fliegen“.“

18. III. Nach wie vor ruhiges, korrektes Benehmen, kein Intelligenzdefekt; gleichmäßige, leicht gedrückte Stimmung. „Im rechten Ohre rauscht und knackt es wie ein Knorpel“. Dadurch schmerze auch die rechte Kopfseite. Seitens des linken Ohres auch jetzt keine Beschwerden, keine Gehörstäuschungen. Pat. beginnt an der realen Existenz seines Wahngebildes zu zweifeln: „Wenn die Medizin behauptet, das wäre alles bei mir eine Krankheit gewesen, so war's wahrscheinlich eine Krankheit.“ — Schlaf unzureichend. Die Handwunde zeigt, nach angelegten Nähten, Tendenz zur Heilung.

19. III. Andauerndes Rauschen im rechten Ohre; „Knacken“ aufgehört. Keine Halluzinationen. Totale Krankheitseinsicht. Schlaf ausreichend.



20. III. Stat. idem.
21. III. Psychisch gesund. Entlassen.

Das eigenartige Krankheitsbild, das sich hier bei der klinischen Beobachtung darbot, ist wohl als die sogenannte „akute Halluzinose der Trinker“ aufzufassen. Zugunsten dieser Diagnose sprechen: die erhaltene Orientierung des Kranken, das systematisch aufgebaute Wahngebilde, die Erklärungsideen, der ausschließlich akustische Charakter der Sinnestäuschungen.

Es handelt sich also um einen Quartalsäufer, bei welchem sich nach einem starken Alkoholexzeß im Anschluß an ein delirantes Stadium die „akute Halluzinose“ entwickelt, wobei Gehörstäuschungen bloß im rechten Ohre auftreten, „erst elementare Akoasmen, dann Phoneme, dann Undeutlicherwerden der Phoneme, schließlich wieder reine Akoasmen (*Bonhoeffer* [2]). Die Ohruntersuchung zeigt, daß eine beiderseitige, rechts stärker ausgeprägte, alte Mittelohrerkrankung besteht, was durch die Anamnese vollauf bestätigt wird.

Die nachfolgenden drei Fälle seien nur kurz angeführt.

Fall II. M. K., 48 a. n., ledig, Tischler, wird am 30. V. 1913 aufgenommen.

Aus der Anamnese geht hervor, daß der dem Potus ergebene Pat., dessen Vater und Großvater gleichfalls Alkoholiker waren, sich seit Jahren tagtäglich betrinkt, moralisch recht heruntergekommen ist und bereits zweimal (1909 und 1912) im selben Krankenhause wegen Delirium tremens interniert war, wobei tertiär-luische Hauterscheinungen konstatiert wurden. Seit 2—3 Tagen sehr erregt, gesprächig, ausfahrend-aggressiv den Angehörigen gegenüber. Manifestiert Beziehungs- und Verfolgungsideen: man habe ihn fälschlich bei der Geheimpolizei denunziert, man komme schon ihn holen, durch die Zimmerdecke werden Löcher gebohrt, auch höre er eine schreckliche Musik usw.

In somatischer Beziehung — außer etwas dumpfen Herztönen und Tremor der Hände und Zunge — normaler objektiver Befund.

Bei der Aufnahme ist Pat. ängstlich-unruhig, jedoch geordnet, zeitlich und örtlich orientiert. Behauptet, durch Machenschaften seiner Feinde eingesperrt zu sein. Ausgesprochene Gehörshalluzinationen, und zwar vorzugweise auf dem linken Ohr: hört seinen Namen, Pfeifen, Weinen, Lachen, Musik und Stimmen: „Du wirst gehängt“; „kommst nach Sibirien“; „haut ihn!“ usw. Nebenbei visuelle Halluzinationen resp. Illusionen: sieht sich von Verfolgern umringt, entdeckt im abendlich-dunklen, menschenleeren Garten einen Spion.

Ohrbefund (Dr. med. *Kompanejetz*): Trommelfell links getrübt,



rechts normal. Weber lateralisiert nach rechts; Rinne beiderseits positiv. Flüstersprache rechts 10 m, links 3—4 m.

Diagnosis: Catarrhus chron. auris med. sin.

Verlauf: Schon nach 2 Tagen Halluzinationen ganz abgeblaßt, normale Stimmungslage, Krankheitseinsicht. Klagt über Ohrensausen resp. Klingen im linken Ohre und behauptet, schon seit Jahren daran zu laborieren. — Rasch fortschreitende Besserung.

15. VI. Psychisch genesen. Keine Halluzinationen. Ohrenklingen links. Entlassen.

Das Resumé dieses Falles wäre folgendes: Bei einem chronischen Alkoholiker, der seinerzeit Lues durchgemacht hat und in den letzten Jahren an Sausen und Klingen im linken Ohre leidet, treten während des Delirium tremens neben Gesichtstäuschungen vorzugweise linkseitige Gehörshalluzinationen auf, die wiederum in Ohrenklingen der betreffenden Seite übergehen; die otologische Untersuchung ergibt chronischen Mittelohrkatarrh links.

Fall III. D. S., 48 a. n., ledig, Fabrikarbeiter, kam am 3. V. 1913 zur Aufnahme.

Der ihn eskortierende Eisenbahngendarm berichtete, daß Pat. während der Fahrt in einem fort betete, sich mit den Fäusten ins Gesicht schlug und unverständliche Selbstgespräche führte. Außerdem lautete ein ärztliches Begleitschreiben dahin, daß Pat. psychisch krank sei und sich eine schwere Halswunde durch Messerschnitt beigebracht habe. Sonst fehlten jegliche genaueren anamnestischen Daten.

Bei der Inspektion des Kranken konstatiert man entsprechend der Cartilago thyreoidea eine ca. 3 cm lange Halswunde mit angelegter Seidennaht, fernerhin diffuses Hautemphysem, das besonders stark am Hals und Thorax ausgeprägt ist.

Von seiten der inneren Organe keine objektiv nachweisbaren Abweichungen von der Norm. R. Pupille $>$ l.; Lichtreaktion träge. Ticartige Bewegungen der Stirnmuskulatur.

Depressiv-ängstlicher Gesichtsausdruck. Spricht nicht, reagiert in keiner Weise auf Anreden, zeigt auch kein Interesse für die Umgebung. Läßt sich mit leichtem Widerstreben zu Bett legen, wo er unbeweglich und mit geschlossenen Augen liegen bleibt. Nachts (nach der Aufnahme) leicht motorisch erregt, deutlich halluzinatorisch okkupiert. Erzählt im Flüstertone, am ganzen Leibe zitternd, er höre Stimmen, die ihn schmähen, bedrohen, peinigen; man wolle ihn umbringen.

Im Laufe der ersten Tage bietet Pat. ein wechselndes Bild: liegt zuweilen stundenlang, mit geschlossenen Augen, regungslos zu Bett, verweigert Antwort und Nahrungsaufnahme; zeitweilig jedoch motorisch erregt, klagt über die „Stimmen, die keine Ruhe lassen", bekreuzigt sich



unzählige Male. — Allmähliche Klärung des Bewußtseins und Abklingen der Gehörstäuschungen. Pat. wird zugänglich, gibt im allgemeinen zutreffende lakonische Antworten, ist im äußeren Verhalten ruhig, korrekt; orientiert. Gibt Stimmenhören zu, verweigert aber darüber jegliche genauere Angaben.

Am 1. VI. vollständig frei von Halluzinationen. Geordnetes Wesen, Krankheitseinsicht. Macht folgende anamnestische Angaben: Schon seit Jahren ab und zu erhebliche Alkoholexzesse: vor der Internierung eine Woche hindurch tagtäglich ca. 800,0 Schnaps getrunken. Der vorangegangene delirante Zustand mitsamt dem Tentamen suicidii erscheint dem Pat. „wie ein Traum", dessen Einzelheiten nicht recht erinnerlich sind. „Mir schien es, daß man mich in die Hölle werfen will"; „die Bilder an der Wand waren wie lebendig"; „fremde Menschen mit schrecklichen Gesichtern klopften ans Fenster". Behauptet, die Stimmen ausschließlich im rechten Ohre gehört zu haben, vermag aber den Inhalt der Gehörshalluzinationen nicht anzugeben; „im rechten Ohr klingt es schon mehr als ein Jahr", auch jetzt höre er dort ein „Klingen und Rauschen".

Ohrbefund (Dr. med. *Kompanejetz*): Trommelfell rechts getrübt, leicht retrahiert; links normal. Weber lateralisiert nach rechts; Rinne beiderseits positiv. Flüstersprache 4—5 m, links 10 m.

Diagnosis: Catarrhus chron. auris med. dext.

Weiterhin treten keine Sinnestäuschungen mehr auf. Pat., der auch keine intellektuellen Störungen aufweist, bestätigt seine früheren Angaben und betont, daß er die Stimmen nur rechts gehört habe. Klagt nunmehr über Schlafmangel und Ohrenrauschen rechts. Glatte Heilung der Halswunde; allmähliches Schwinden des Hautemphysems.

Am 19. VI. wird Pat. als genesen entlassen.

Auch hier haben wir es mit einem Alkoholiker zu tun, der während des Delirium tremens, außer Gesichtshalluzinationen allgemeiner Art, auf einem Ohre, das schon vor dem Delir „geklungen" hat, Stimmen hört, die sich wiederum in ein Ohrengeräusch umwandeln; otologischer Befund — chronischer Mittelohrkatarrh der betreffenden Seite.

Fall IV. G. L., 49 a. n., verh., Stationsvorsteher, wird am 25. I. aufgenommen.

Pat., in dessen Anamnese weder erbliche Belastung noch Lues und Alkoholabusus eruierbar sind, ist früher stets gesund gewesen, hat 8 gesunde Kinder.

Seit 2 Jahren psychisch alteriert: reizbar, schlägt Frau und Kinder, begann Händel mit den Nachbarn, blieb tagelang vom Hause fort, drohte das Haus in Brand zu stecken. War bereits im Herbst 1912 hierselbst interniert.

Die Untersuchung der inneren Organe und des Nervenapparates ergibt keinerlei besonderen Abweichungen von der Norm.





Pat. ist deprimiert, ablehnend; sitzt zusammengekauert da, gibt ganz zutreffende, lakonische Antworten, ist vollkommen orientiert, hält sich für gesund. Löst tadellos verschiedene Rechenaufgaben, weist gutes Gedächtnis auf, manifestiert überhaupt keine intellektuellen Mängel. Schläft unzureichend, geht nachts häufig im Krankenraume auf und ab.

Im weiteren Verlaufe tritt ein katatonisch-stuporöses Krankheitsbild in den Vordergrund: Pat. steht stundenlang mit gesenktem Kopf auf einem Fleck da, ohne Initiative, ohne jegliche Reaktion auf die Umgebung; mutistisch, ablehnend. Verbringt auch den größten Teil der Nacht stehenden Fußes neben seinem Bett, schlummert dabei ein, fällt auch bisweilen hin, um sich gleich wieder aufzuraffen und die frühere Stellung einzunehmen; liegt zuweilen regunglos da, das Gesicht im Kissen vergraben.

Dazwischen ist jedoch Pat. beeinflußbar, gibt mit leiser Stimme lakonische Antworten, behauptet nervös zu sein, klagt über Schmerzen in der rechten Seite, „als ob dort ein Stein liege", macht sodann im allgemeinen den Eindruck eines depressiven Hemmungszustandes.

In derartigen Intervallen beschwert sich Pat. über lästige, häufig auftretende Stimmen im rechten Ohre: „Warum kommt er nicht?"; „wollen wir ihn totschlagen!"; „schläft er oder schläft er nicht?". Pat. gibt an, den Inhalt dieser Halluzinationen im Nu zu vergessen; er vergesse überhaupt alles; wisse nicht, was mit ihm vorgehe. Doch werden vom Kranken die Stimmen mit Bestimmtheit immer im rechten Ohr lokalisiert; ebenso kategorisch behauptet Pat., daß es sich um Männerstimmen handle, die „warten und rufen". Im linken Ohr vernimmt Pat. häufig ein Klingen, das zuweilen aufs rechte Ohr übergreift und „auch rundherum um den Kopf sich verbreitet". Gesichtshalluzinationen werden mit Entschiedenheit negiert.

Ohrbefund (Dr. med. *Kompanejetz*): Trommelfell beiderseits normal. Weber nach rechts lateralisiert; Rinne rechts positiv, links negativ (Luftleitung für a_1 vollkommen aufgehoben). Flüstersprache rechts 2—3 m, links 0; Konversationssprache links ad concham (mit dem geschlossenen rechten Ohre gehört, *Lucae-Dennert*scher Versuch). Uhr an den Schläfen nicht hörbar.

Diagnosis: Affectio auris internae lateris utriusque.

Sobald Pat. aus dem stuporösen Status herauskommt, tritt der depressive Affekt hervor deutlich. Weint, bittet kniefällig um Verzeihung; er sei gar nicht Stationsvorsteher, sondern ein simpler Bauer; L. sei auch nicht sein Familienname usw. In den letzten Wochen wegen hartnäckiger Abstinenz Sondenfütterung.

Der vorliegende Fall läßt sich bezüglich der psychiatrischen Diagnose nicht so leicht einschachteln. Die Annahme einer Spätkatatonie ist nicht ganz von der Hand zu weisen, doch lassen die



außerhalb des katatonischen Stupors im Vordergrund stehende starke depressive Verstimmung, die recht wohl erhaltene Intelligenz und das Fehlen läppischer Züge sowie impulsiver Handlungen eher an ein mit Gehörshalluzinationon einhergehendes melancholisches Krankheitsbild denken. Die Stimmen werden vom Pat. ausschließlich im rechten Ohr lokalisiert, außerdem besteht beiderseitiges Ohrenklingen. Die Ohrenuntersuchung zeigt, daß beiderseits eine Affektion des inneren Ohres, links besonders deutlich ausgesprochen, besteht [1]).

Die Kasuistik der unilateralen Gehörshalluzinationen, die mit otologischen Affektionen einhergehen, ist — wie gesagt — recht dürftig. In psychiatrischen Lehr- und Handbüchern wird freilich in allgemeiner Weise darauf hingewiesen, daß einseitige Gehörstäuschungen nicht selten vorkommen, an Häufigkeit sonstige unilaterale Sinnestäuschungen übertreffen und in der Regel mit Ohrerkrankungen in Zusammenhang stehen.

Doch vermag ich von konkreten diesbezüglichen Fällen aus der mir zugänglichen Literatur bloß die Mitteilungen von *Seppilli* und der von ihm zitierten Autoren [2]), ferner die Mitteilung *Stranskys* anzuführen. Die betreffenden Kranken von *Seppilli* und *Stransky* litten, abgesehen von den Gehörshalluzinationen, an Ohrgeräuschen. In dem Falle des letztgenannten Autors wies die otologische Untersuchung beiderseits Residuen einer abgelaufenen Otitis med. supp. und rechts ausgesprochene Mittelohrschwerhörigkeit nach.

Andererseits sind von *Lémos*, *Pick* und *Hammond* einseitige Gehörstäuschungen, die durch zerebrale Erkrankungen bedingt waren, beschrieben worden.

In analoger Weise beobachteten *Vetter* und *Pick*, fernerhin *Uhthoff* durch zerebrale resp. kortikale Störungen verursachte einseitige Gesichtshalluzinationen mit partieller Gesichtsfeldbeschränkung.

Zuweilen erstrecken sich einseitige Trugwahrnehmungen auf zwei Sinnesgebiete.

---

[1]) Herrn Dr. med. *Kompanejetz* sage ich auch an dieser Stelle den allerbesten Dank für die Erhebung des Ohrbefundes in sämtlichen 4 Fällen und für die kompetente, liebenswürdige Unterstützung beim Abfassen dieser Arbeit.

[2]) Dem mir zur Verfügung stehenden Referat der *Seppilli*schen Arbeit ist folgendes zu entnehmen: *Michea* hat als erster über unilaterale akustische Halluzinationen berichtet; die erste spezielle Arbeit über dieselben stammt von *Régis*; ferner hat *Raggi* seinerzeit 13 entsprechende Fälle neben zwei eigenen Beobachtungen aus der Literatur gesammelt.

„Eine Kranke von *Séglas* mit linkseitigen Gesichtstäuschungen war zugleich auf dieser Seite empfindungslos; der Kranke *Ranschburgs* hörte links nur selten Stimmen, dann aber immer mit linkseitigen Empfindungen an der Schulter“ [8]. Kombinierte unilaterale Halluzinationen optischer und akustischer Natur beobachteten: *Sepilli* in einem Falle von Melancholie — bei mit beständigem Ohrensausen resp. -klingen einhergehenden peripheren Störungen, *Eskuchen* bei zerebraler Affektion epileptischer Provenienz. Sehr interessant ist der Fall von *Tomaschewsky* und *Simonowitsch*, wo linkseitige Sinnestäuschungen des Haut- resp. Muskelsinnes, des Gehörs und der Sehsphäre bestanden und durch die Sektion Hirntumor nachgewiesen werden konnte.

Lokalisierte somatische Affektionen peripherer und organischer Art sind bei den üblichen, d. h. doppelseitigen Halluzinationen gleichfalls, und zwar in beträchtlichem Maße, konstatiert worden.

Besonders wertvoll erscheinen in dieser Beziehung die Untersuchungen von *Redlich* und *Kaufmann*, die an einem größeren Material von Gehörshalluzinanten einen beträchtlichen Prozentsatz von Ohrenerkrankungen, und zwar als typischen Befund Mittelohraffektion (Affektion des Schallleitungsapparates) mit mehr oder minder herabgesetztem Hörvermögen konstatiert haben. So fanden diese Autoren u. a. bei 43 paranoiden Gehörshalluzinanten in 19 Fällen sichere Veränderungen des Gehörapparates, bei einem senil-dementen, halluzinierenden Pat. „eingezogenes Trommelfell mit starker funktioneller Beeinträchtigung, Herabsetzung der Perzeption sowohl für tiefe als hohe Töne, subjektive Geräusche usw.“.

Auch sind bei Gehörshalluzinanten neben einer Hyperästhesie für akustische Reize verschiedene Abweichungen in der elektrischen Reaktion des Akustikus nachgewiesen worden.

Klieneberger fand bei seinen drei Gehörshalluzinanten „durchweg chronische Veränderungen der Trommelfelle und Tuben bezw. Mittelohrkatarrh“, wobei der eine Fall eine „isolierte Sinnestäuschung bei einem geistig Gesunden“ darstellt — musikalische Halluzinationen, die aus einfachen Akoasmen hervorgegangen waren; in einem anderen Falle dieses Autors hatten die Halluzinationen gleichfalls Akoasmen (Ohrensausen) zur Grundlage. *Goldstein* beschrieb einen Fall von isolierten Gehörshalluzinationen bei beginnender Paralyse, wo an den Trommelfellen Veränderungen mit Kalkablagerungen als Reizmoment wirkten und subjektiv allerlei Ohrgeräusche hervorriefen. Hierher gehören ferner die identischen Beobachtungen von *Stein* und *Hudovernig* über Gehörshalluzinationen infolge eines im Gehörgang befindlichen Zeruminal- resp. Wattepfropfes, und die umgekehrte Beobachtung von *Pick*, wo die Entfernung eines Zeruminalpfropfes Übertragung der Halluzinationen aus dem anderen Ohr bewirkte. Auch *Hudovernig* läßt im betreffenden Falle



die Halluzinationen aus Akoasmen hervorgehen, indem der Wattepfropf ursprünglich Ohrensausen verursacht hatte.

Auch sind bekanntlich bei organischer Affektion des Schläfenlappens bisweilen Gehörstäuschungen beobachtet worden. Die „Beobachtung *Picks*, der einen Luiker mit sensorischer Aphasie verstümmelte, sinnlose Silben halluzinieren sah“ [8], mag gleichfalls hier vermerkt werden.

Über Gesichtstäuschungen infolge Hornhautläsion besitzen wir einen wertvollen Selbstbericht von *Nägeli*. Recht plausibel erscheint die beachtenswerte Ansicht *Exners*, daß die visuellen Trugwahrnehmungen der Alkoholdeliranten entoptischen Erscheinungen resp. einem Zittern der Ziliarmuskeln ihre Entstehung verdanken. Über Gesichtstäuschungen infolge Affektion des Okzipitallappens existieren vielfache Beobachtungen (*Gowers*, *Ferrier*, *Westphal*, *Monakow* u. a.).

Die peripheren Einflüsse auf die Sinnestäuschungen seitens der Sinnesorgane äußern sich vorzugweise als Reize, die von denselben oder auch von der Außenwelt ausgehen. Dementsprechend wirkt hierbei ein Fernhalten von Sinnesreizen gewöhnlich im Sinne einer Abschwächung resp. Aufhebung der Halluzinationen (Schließen der Augen bei Gesichts-, Verstopfen der Ohren bei Gehörshalluzinanten). Zuweilen ist aber gerade das Gegenteil der Fall: Auftreten und Verstärkung der Halluzinationen beim Eliminieren der Reizquelle. Es sei auf die gar nicht seltenen Gesichtstäuschungen der Blinden, die Gehörstäuschungen der Taubstummen resp. Starkschwerhörigen, ferner auf die Gehörshalluzinationen bei Haftpsychosen hingewiesen. Ob die nach Augenoperationen auftretenden visuellen Trugwahrnehmungen einem Reizzustande (operatives Trauma, Druck der Binde) oder einem Wegfall des Lichtreizes ihre Entstehung verdanken, mag dahingestellt sein.

Im Einklang mit den vorliegenden klinischen Tatsachen stehen mannigfaltige experimentelle Versuche verschiedener Autoren.

So ist es *Jolly* gelungen, bei Gehörshalluzinanten durch elektrische Reizung des N. acusticus die Halluzinationen hervorzurufen. (In einem Falle hörte der betreffende Pat. zuerst einen Klang, dann ein Gebet und sah zuletzt die Gestalt des Verf. desselben). *Chvostek* war imstande, „an Personen, die vor kurzem noch spontan halluziniert hatten, durch Galvanisierung des Ohres oder durch Vorhalten von Stimmgabeln Gehörshalluzinationen zu erzeugen“ [11]. Fernerhin hat *Brenner* an Kranken, deren N. acusticus infolge meningitischer Prozesse zerstört war, durch direkte galvanische Reizung einer Kopfhälfte resp. Hemisphäre Gehörshalluzinationen ausgelöst. *Liepmanns* bekannter Versuch bei Alkoholdeliranten



beweist, daß auch Gesichtstäuschungen von der Peripherie aus hervorgerufen werden können. Was die Lichterscheinungen anbelangt, die durch elektrische Reizung des N. opticus entstehen, so handelt es sich hierbei um sogenannte „elementare Sinnesstörungen" (Sterne, Feuerfunken usw.); eine derartig bei Halluzinanten ausgelöste, ausgebildete Gesichtstäuschung ist meines Wissens bisher nicht beschrieben worden. Auf dem Gebiete des Hautsinnes hat *Bonhöffer* Wahrnehmungstäuschungen — mittels Drucks auf die Haut — hervorgerufen, jedoch legt der Autor nach seinen Erfahrungen „das Hauptgewicht hier auf das Einreden" [8]. Eine eingehende Arbeit über künstlich hervorgerufene Halluzinationen verdanken wir *Moravcsik*, aus dessen Beobachtungen u. a. hervorgeht, daß die experimentell erzeugten Trugwahrnehmungen nicht immer im Gebiete des gereizten Sinnesorganes entstehen, sondern sich auch in anderen Sinnesgebieten manifestieren können. Der Vollständigkeit halber seien auch die auf psychischem Wege künstlich erzeugten, nämlich die durch hypnotische Suggestion hervorgerufenen Halluzinationen erwähnt. Gerade diese sind, meiner Ansicht nach, ein gewichtiger Beweis für die sogenannte „zentrifugale" Theorie der Sinnestäuschungen, wogegen bei den Träumen und auch bei den durch Gifte (Santonin, Belladonna, Kokain, Haschisch usw.) hervorgerufenen Trugwahrnehmungen periphere „zentripetale" Reizmomente sich nicht von der Hand weisen lassen.

Diese klinischen und experimentellen Beobachtungen werfen einiges Licht auf die „einseitigen Gehörshalluzinationen".

Es fällt auf, daß da, wo ein Zusammenhang zwischen Gehörshalluzinationen und Affektionen des peripheren Gehörapparates zutage tritt, fast durchweg elementare, subjektive Ohrgeräusche beobachtet werden. Dieselben bestehen (als Rauschen, Sausen, Klingen usw.) häufig schon jahrelang vor der betreffenden Halluzinose, erfahren vor dem Auftreten der ausgebildeten Gehörstäuschungen eine Steigerung, gehen bisweilen auch mit letzteren einher und beschließen das klinische Bild der Halluzinose. Man gewinnt in all diesen Fällen den Eindruck, daß es sich hier nicht um einen gewöhnlichen Reizzustand handelt, in dem Sinne, daß durch die vorliegende Ohrerkrankung sich ein krankhafter Reiz in direkter Weise zentripetal den kortikalen Sinneszentren mitteilt, sondern um eine ganz andere pathogenetische Erscheinung: um Akoasmen als „Quelle der Gehörshalluzinationen". Nämlich — im pathologisch veränderten zentralen resp. kortikalen Sinnesgebiet werden hierbei einfache Sinnestäuschungen falsch gedeutet und zu komplexen Halluzinationen verarbeitet. Auch beim Zustandekommen der üblichen Halluzinationen resp. Illusionen, bei



denen periphere Krankheitsprozesse keine Rolle spielen, beobachten wir ja häufig analoge Erscheinungen, nur mit dem Unterschiede, daß es sich bei diesen nicht um im Körper empfundene, sondern aus der Außenwelt stammende Sinneseindrücke handelt, die von der pathologischen Sinneszentrale verfälscht und in Halluzinationen umgewandelt werden.

Da die Halluzinationen in ihrem Wesen zentraler Natur sind, ist schon a priori zu erwarten, daß in der Mehrzahl der Fälle, wo ein pathogenetischer Zusammenhang zwischen peripherer Affektion und Halluzinationen eruierbar ist, letztere auch ohne jene, wenn auch in anderer Form, aufgetreten wären. Diese Annahme wird durch meine drei ersten, Alkoholiker betreffenden, Fälle, wo neben einseitigen Gehörstäuschungen Gesichtshalluzinationen allgemeiner Art bestanden, und in deren einem nicht-einseitige Gehörshalluzinationen vorangegangen waren, bestätigt, um so mehr, als Alkoholdelirien ohne Sinnestäuschungen ja undenkbar sind. Die Sinnestäuschungen verankern sich eben in derartigen Fällen am kranken Ohr.

Andererseits muß jedoch aus einigen Fällen anderer Autoren und auch aus meinem vierten Falle gefolgert werden, daß manchmal die Halluzinationen ohne periphere Affektion wohl ausgeblieben wären.

Fernerhin ist in Betracht zu ziehen, daß beim Zustandekommen der Halluzinationen möglicherweise gewisse Veränderungen von seiten des betreffenden Sinnesorganes, die sich der gewöhnlichen klinischen Beobachtung entziehen, eine auslösende, mitwirkende Rolle spielen. Ich erlaube mir an dieser Stelle auf die Arbeit von *Zytowitsch* hinzuweisen, der bei schwerhörig gewordenen Alkoholikern, welche allerdings psychisch nicht alteriert waren, eine isolierte Neuritis der Nn. acustici beobachtet resp. durch genaue Funktionsprüfung des Gehörs nachgewiesen und seine klinischen Beobachtungen durch Tierexperimente gestützt hat.

Daß eine Herabsetzung des Hörvermögens bei den mit Ohrerkrankungen einhergehenden Gehörshalluzinationen die pathogenetische Hauptrolle spiele, wie das *Berze* zugunsten seiner Theorie („der Ansprechbarkeit der Sinneszentren für Vorstellungen") annimmt, ist ganz und gar nicht plausibel. Abgesehen davon, daß die Heranziehung eines Reizzustandes im obigen Sinne einen vollständig befriedigenden Erklärungsmodus darstellt, kommt ja die *Berze*sche Theorie nur für



starke resp. doppelseitige Schwerhörigkeit in Frage. Bekanntlich beeinträchtigt eine einseitige, selbst hochgradige Herabsetzung des Hörvermögens keineswegs die Aufnahme von akustischen Reizen — und darum sind die angeführten Fälle von einseitiger Gehörshalluzination ein schwerwiegender Gegenbeweis bezüglich der *Berze*schen hypothetischen Ansicht.

Eine „Hyperaesthesia acustica" wurde bei meinen vier Gehörshalluzinanten nicht beobachtet — weder im Sinne einer gesteigerten Empfänglichkeit für akustische Reize noch im Sinne einer krankhaften Empfindlichkeit für hohe Töne und Geräusche. Selbstredend wage ich es nicht, dieses negative Ergebnis irgendwie zu verallgemeinern.

Aus dem vorliegenden kasuistischen Material im Zusammenhang mit meinen Fällen ziehe ich folgende Schlüsse:

1. Die Möglichkeit der Entstehung von Halluzinationen in den höheren Sinnes- und Vorstellungszentren ohne periphere Beeinflussung seitens des betreffenden Sinnesorganes ist vollkommen erwiesen.

2. Dagegen können periphere Momente ohne „besondere psychische Disposition und Alteration" [11] nicht ausgebildete Halluzinationen erzeugen.

3. Besteht jedoch diese Disposition, so spielen die peripheren Momente eine beträchtliche, noch zu wenig gewürdigte Rolle als auslösende und mitwirkende Faktoren.

4. In der Regel kommt hierbei ein Reizzustand von seiten der Sinnesorgane, in der Minderzahl der diesbezüglichen Fälle Ausschalten von Sinnesreizen, in Betracht.

5. Bei den einseitigen Halluzinationen lassen sich immer somatische Affektionen nachweisen, und zwar hauptsächlich pathologische Zustände des betreffenden peripheren Sinnesorganes, zuweilen jedoch lokalisierte zerebrale resp. kortikale Krankheitsprozesse.

6. Die Ohrerkrankungen, die beim Zustandekommen der Gehörshalluzinationen eine Rolle spielen, können sowohl das mittlere als das innere Ohr betreffen, wobei die Mittelohraffektionen überwiegen.

7. Die Gehörshalluzinationen entwickeln sich in derartigen Fällen in der Regel aus Akoasmen.

8. Einseitige Gehörshalluzinationen werden verhältnismäßig selten darum beobachtet, weil man auf dieselben nicht fahndet.

9. Das Auffinden von peripheren Affektionen bei Halluzinanten

bietet nicht nur theoretisches, psychopathologisches Interesse, sondern vermag auch therapeutische Früchte zu zeitigen.

So erzielte *Klieneberger* (s. o.) bei seinen Gehörshalluzinanten durch Behandlung des Ohrleidens vorübergehende Besserung. Auch die obenerwähnten Fälle von *Stern* und *Hudovernig*, wo Entfernung von Zeruminalmassen die Gehörstäuschungen zum Schwinden brachte, sind nicht nur in pathogenetischer, sondern auch in therapeutischer Hinsicht lehrreich.

Jedenfalls scheint es geboten, beim Vorhandensein von Sinnestäuschungen einen genaueren somatischen Befund, insbesondere von seiten der Sinnesorgane, zu erheben, als das gemeinhin geschieht.

Benutzte Literatur.

1. *Berze*, Bemerkungen zur Theorie der Halluzinationen. Arch. f. Psych. u. Nervenkr. 1910, Bd. 46, S. 1009.
2. *Bonhoeffer*, Die alkoholischen Geistesstörungen. Deutsche Klinik 1906.
3. Enzyklopädie der Ohrenheilkunde, red. von *Blau*, 1900.
4. *Eskuchen*, Über einseitige (hemiopische) Gesichtshalluzinationen und einseitige optische Störungen (Dissert. Heidelberg 1911). Ausführliches Ref. in der Revue neurol. 1913, Nr. 13, S. 37.
5. *Hudovernig*, Demonstration eines Falles von peripher entstandener Halluzination. Neur. Zentralbl. 1906, S. 682.
6. *Klieneberger*, Gehörstäuschungen bei Ohrerkrankungen. Allg. Ztschr. f. Psych. 1912, Bd. 69, S. 285.
7. *Korsakow*, Kursus der Psychiatrie, 1913 (russ.).
8. *Kraepelin*, Psychiatrie 1909.
9. *Lémos*, Hallucinations unilatérales de l'ouïe (Original italienisch). Ref. Annales médico-psychologiques 1913, Nr. 1, S. 108.
10. *Moravcsik*, Über künstlich hervorgerufene Halluzinationen (Original ungarisch). Ref. Neur. Zentralbl. 1904, S. 1008.
11. *Obersteiner*, Die Sinnestäuschungen. Forens. Psychiatrie Bd. II (in *Dittrichs* Handbuch d. ärztl. Sachverständigentätigkeit).
12. *Seppilli*, Contributo all etudo delle allucinazioni unilaterali. Ref. Archiv Psychiatrii, Neurologii i sud. Psychopathologii 1888, Bd. 18, Nr. 1, S. 116 (russ.).
13. *Stransky*, Unilaterales Gedankenecho. Neurol. Zentralbl. 1911, S. 1230.
14. *Tomaschewsky* und *Simonowitsch*, Zur Pathogenese der Halluzinationen und der Epilepsie. Wjestnik klin. i sud. psychiatrii i nevropathologii 1888, 6. Jahrg., Lief. 1, S. 60 (russ.).
15. *Weygandt*, Atlas und Grundriß der Psychiatrie.
16. *Zytowitsch*, Die klinischen Formen der Alkoholneuritis. Wjestnik uschnych, gorlowych i nosowych boljesnej 1910, S. 86 (russ.).



Über Agyrie und Heterotopie am Großhirn.

Von

Dr. **A. Ehrhardt,**
Arzt an der Anstalt Carlshof bei Rastenburg.

Mit 3 Abbildungen und 2 Tafeln.

In seiner Arbeit über den Bau des vollständig balkenlosen Großhirns erwähnt *Probst*, daß bisher in der Literatur 15 Fälle von Heterotopie, d. h. Verlagerung der grauen Rindensubstanz in das weiße Marklager des Groß- oder Kleinhirns, veröffentlicht seien. Die erste derartige Beobachtung habe *Virchow* im Jahre 1867 gemacht, und ihm hätten sich dann die Beobachtungen von *Tüngel*, *Meschede*, *Bülau*, *Hoffmann*, *Otto*, *Wicke*, *Marchand* und *Matell* angeschlossen, denen *Probst* dann einen eigenen Fall anschließt. Diese Aufzählung ist aber unvollständig.

Denn im gleichen Jahre mit *Virchow* (1867) hat auch *Merkel* eine solche Beobachtung mitgeteilt; ferner haben *Ritter* und zur gleichen Zeit mit *Probst Koschetkowa* je einen Fall von Heterotopie grauer Hirnsubstanz beschrieben, und von Autoren, deren Arbeiten mir nicht vorgelegen haben, haben auch *Luys* und *Rokitansky* solche Fälle erwähnt. Ferner haben schon vor *Virchow* einige Ärzte, welche an Idiotenanstalten tätig waren, diese Entwicklungshemmung des Gehirns wahrgenommen, ohne sie aber so genau untersucht zu haben, wie dies *Virchow* tat, der ihr auch den Namen gegeben hat. Jene Autoren waren *Stahl*, *Rösch*, *Niépce* und *Griesinger*. In der großen Mehrzahl dieser Fälle handelte es sich um einzelne, kleine, erbsen- bis haselnußgroße oder mehr scheibenförmige, etwa pfenniggroße graue Herde, die meist seitlich vom Nucleus caudatus in der oberen oder seitlichen Wand der Seitenventrikel, und zwar im Vorder-, Seiten- oder Unterhorn unmittelbar unterhalb des Ependyms gelegen waren; seltener fanden sich die Herde dicht unter der Hirnrinde des Vorder-, Scheitel-, Zentral- oder Hinterhirns, wie beispielweise in den Fällen jener älteren Autoren und in dem von *Probst* mitgeteilten Falle. Hier war außer einigen kleinen, in beiden Hirnhälften zerstreuten ein größerer walnußgroßer

Herd vorhanden, welcher mit dem linken Scheitelhirn zusammenhing und das Mark bis zum Ventrikel durchsetzte. Kleine Herde lagen auch im Nachhirn, nahe den Oliven. In jenen Fällen, wo graue Herde mitten im weißen Marklager gefunden wurden, waren sie nur erbsengroß. Im Marklager des Kleinhirns hat bisher nur *Meschede* einen solchen abnormen grauen Herd gefunden, der die winzige Größe eines Stecknadelkopfes hatte. Außer dem *Probst*schen Falle hatten die grauen Herde noch eine bemerkenswert große Ausdehnung in der von *Erman* veröffentlichten Beobachtung, wo sich in beiden Seitenventrikeln zahlreiche erbsengroße, in die Ventrikelhöhle höckerig vorspringende Herde fanden, welche im linken Ventrikel etwas spärlicher waren, im rechten aber die ganze Wand vom Vorder- bis ins Hinter- und Unterhorn seitlich vom Schwanzkern und Sehhügel durchzogen. Dieser Fall ist noch dadurch besonders bemerkenswert, daß er im Gegensatz zu allen anderen, welche Idioten, Epileptiker und Geisteskranke im kindlichen oder jüngeren Alter von höchstens 40 Jahren betrafen, sich bei einer geistig gesunden Frau im Alter von 62 Jahren vorfand. Sie war einem Bronchialkatarrh erlegen.

Der merkwürdigste von allen diesen Fällen ist indes von *Matell* bekannt gegeben. Er zeigt die Mißbildung im ausgedehntesten Maße und weist dadurch zugleich am deutlichsten auf das Entstehen dieser Entwicklungshemmungen des Gehirns hin. Während die Fälle der anderen Autoren nur einen kleinen Herd zeigten oder da, wo vielfache Herde oder ein größerer Einzelherd gefunden wurden, diese sich aus einzelnen erbsen- bis bohnengroßen, von Marksträngen umzogenen und so abgegrenzten Einzelherden zusammensetzten, war in *Matells* Fall das weiße Marklager beider Großhirnhälften von der grauen Hirnrinde halbwegs bis zum Ependym von einer zusammenhängenden, einheitlichen Schicht grauer Hirnsubstanz eingenommen. Nur ein linienförmiger, von weißen Assoziationsfasern eingenommener Streifen weißer Substanz trennte die Masse von der Hirnrinde, und ein zweiter Streifen weißer Substanz von gleicher Breite wie die abnorme Schicht schied diese vom Ependym der Ventrikel. Da der Fall, welchen ich mitteilen will, demjenigen *Matells* im allgemeinen gleicht und sich von ihm nur dadurch unterscheidet, daß hier die normale Hirnentwicklung noch in einem etwas früheren Zeitpunkte gehemmt wurde, so daß eine zweite, in jenem Falle nur angedeutete Wachstumsstörung, ein fleckenweises Verstrichensein der normalen Hirnwindungen in meinem Falle mit Ausnahme des Stirnhirns und einer Andeutung der *Sylvi*schen Furche vollkommen ausgebildet ist, die Agyrie, wie ich diese bisher



unbekannte Hemmungsbildung nenne, so will ich den Fall *Matells* hier etwas ausführlicher schildern.

Die im Jahre 1891 in ihrem 27. Lebensjahre in der Breslauer psychiatrischen Klinik verstorbene Kranke war nach früherer schwerer Krankheit seit dem 6. Jahre mit epileptischen Krämpfen behaftet. Man gab ihr später zu Hause etwas Unterricht im Lesen und Schreiben, doch vergaß sie alles, bevor sie es noch völlig erlernt hatte, war also, wie mir scheint, immer eine hochgradig schwachsinnige, doch nicht ganz blöde Idiotin. Die einzigen geistigen Äußerungen, welche *Matell* aus ihrem 27. Jahre erwähnt, beweisen das auch. Sie sagte: „Ich heiße Fräulein von Luise von Guttmann", und als ihr etwas zum Lesen vorgelegt wurde, erkannte sie einige Buchstaben und rief freudig: „Das erinnere ich mir noch aus meiner Kindheit." Auch erwähnte sie, daß ihre Verwandten sie besuchen würden. Sie war im Wachstum erheblich zurückgeblieben und wog trotz guter Eßlust nur 38 kg. Sie aß selbst, und, da *Matell* von Bewegungsstörungen nichts erwähnt, so muß man annehmen, daß sie auch gehen konnte. Sie litt monatlich ein- bis zweimal an epileptischen Krämpfen und starb in einem Status epilepticus.

Der Schädelumfang maß 50 cm, das Gehirn wog 918 g. Seine Furchen waren stellenweise ein- oder zweimal in ihrem Verlaufe unterbrochen und durch Hirnmasse überbrückt. Im allgemeinen waren sie indes, wie die Bilder zeigen, gut ausgeprägt, und keine von ihnen fehlte vollkommen. Auf den frontalen Durchschnitten zeigte sich, daß das weiße Marklager in seiner äußeren Hälfte durch graue Rindenmasse ersetzt war, welche sich nur in der Inselgegend entsprechend der äußeren Kapsel etwas verschmälert, sonst in gleicher Mächtigkeit in beiden Hemisphären durch alle Hirnlappen hinzog. Von der Hirnrinde war sie nur durch einen linienförmigen, von den subkortikalen Assoziationsfasern gebildeten weißen Markstreifen getrennt. Die äußere Hälfte des Marklagers wurde also allenthalben von grauer, die innere von weißer Substanz gebildet. Der Streifenkörper, die innere Kapsel, der Hirnstamm, das Klein- und Nachhirn waren unverändert. Schon mit bloßem Auge zeigte sich, wie auch auf den Bildern zu sehen ist, daß die weiße Substanz gegen die abnorme graue Schicht mit pfeilerartigen Fortsätzen hervorsprang und daß an der Spitze dieser Pfeiler viele weiße Markstränge strahlenförmig durch die graue Schicht gegen die Hirnrinde zogen und sich stellenweise auch durch Quer- und Schrägstreifen netzförmig miteinander verbanden. So war also die graue Schicht nicht einheitlich, sondern durch weiße Substanz viel gefächert und netzförmig durchflochten. Hieraus wäre also, wie dies auch *Matell* anzunehmen scheint, zu schließen, daß die weiße Marksubstanz im wesentlichen nicht von der Hirnrinde aus peripheriewärts auswächst, wie wohl heute ohne genügende entwicklungsgeschichtliche Begründung für die Mehrzahl der dieselbe bildenden Fasern angenommen wird — nur die von den basalen Ganglienzellen des Hirnstammes zur Rinde wachsenden

Fasern würden nach diesen Annahmen eine Ausnahme machen —, sondern das weiße Mark würde sich vom Zentrum des Gehirns allmählich zur Hirnrinde durch eine embryonale, der grauen Rinde ähnliche und von Ganglienzellen und ihren markfreien Ausläufern gebildete Schicht, vermutlich unter Beteiligung der Ausläufer dieser Ganglienzellen, allmählich gegen die Hirnrinde entwickeln. Diese Annahme würde sich auch auf die Forschungen *Flechsigs* stützen können, auf dessen Abbildungen wir ja allenthalben sehen, daß von einem zuerst entstandenen zentralen Markkern des Gehirns aus in drei größeren und 37 kleineren Schüben allmählich weiße Markstrahlen gegen die Hirnrinde emporsprossen, welche zum Beweise ihrer zentralen Entstehung sich gegen die Hirnoberfläche zusehends verschmälern. Würde das Markweiß zuerst unterhalb der Hirnoberfläche entstehen, also von der Hirnrinde seinen Ursprung nehmen, so würden wir das umgekehrte Bild sehen müssen, d. h. von der Hirnrinde müßten, sobald das erste Markweiß im embryonalen Gehirn zu sehen wäre, allenthalben mehr oder weniger große, kegelförmige, weiße Streifen mit kortikaler Basis und zentraler, nach dem Hirnstamm gerichteter Spitze zu erblicken sein.

Ich würde also, anscheinend in Übereinstimmung mit *Matell*, es für keinen zu gewagten Schluß halten, anzunehmen, daß nur das subkortikale Band seine Nervenfasern von den Rindenzellen erhält, das weiße Marklager aber seine Fasern anfangs ausschließlich von den Ganglienzellen des Hirnstammes bezieht. Erst in späterer Zeit würde mit der Ausbildung der zentrifugalen, motorischen und sensorischen Leitungen auch ein markwärts gerichtetes Wachstum der Markscheiden an den betreffenden Nervenfasern zu vermuten sein.

Matells Fall ist also eine deutliche Erläuterung der normalen Entstehungsweise des weißen Marklagers, da wir seit *Flechsig* und *Reubold* wissen, daß das embryonale Gehirn bis zum neunten Monat des Fötallebens eine graue Farbe zeigt und sich erst bei mikroskopischer Betrachtung entscheiden läßt, wo die Rinde aufhört und das Mark beginnt. Bei mikroskopischer Betrachtung seiner abnormen grauen Schicht fand denn auch *Matell* in Übereinstimmung mit den Untersuchungen der genannten Autoren, daß sie aus pyramidenförmigen oder mehr unregelmäßig geformten Ganglienzellen mit großem Kern und körnigem, pigmentiertem Protoplasma und einer sie umgebenden feinkörnigen Masse bestand, die bei Anwendung der *Golgi*schen Färbung sich in ein Netz feiner Neuroglia und Nervenfasern aufgelöst haben würde. Bemerkenswert war an *Matells* Fall noch, daß die Hirnrinde normalen Bau zeigte, daß also auf eine äußere Tangentialfaserschicht





eine Lage kleinerer, dann eine größerer Pyramidenzellen folgte, die jedoch in ihrem feineren Bau nicht den normalen Zellen eines gesunden Menschen glichen, und daß in der vierten Schicht, welche vielfach durch radiäre Markfasern zerteilt war und dem subkortikalen Bande auflag, die Ganglienzellen in radiäre Reihen geordnet waren. Neben ihnen fanden sich in dieser Schicht auch zahlreiche Kernchen und Zellen mit mittelgroßen, von einem schmalen, beinahe homogenen Protoplasmaring umgebenen Kernen, die ebenfalls in eine äußerst feinkörnige Grundsubstanz eingebettet waren. Ein wahres Kapillarnetz breitete sich in dieser Schicht aus. Auch in der abnormen grauen Substanz waren die Ganglienzellen, wenn die Markfasernetze eng waren, in radiäre Reihen geordnet.

Matell zieht nun aus seinem Falle und *Vignal*s Untersuchungen über das normale Gehirn eines 5½ Monate alten Fötus den Schluß, daß das Gehirn seiner Kranken etwa im sechsten Monat in der normalen Entwicklung gehemmt wurde, und daß mit Rücksicht auf *Fuchs*' Untersuchungen über das Entstehen der Markfasern, deren Wachstum erst im achten Lebensjahre beendet sei, anzunehmen sei, daß die Entwicklungsstörung des Gehirns sich noch auf die ersten Lebensjahre der Kranken erstreckt habe. Und er schließt seine Arbeit mit der Vermutung, daß die abnorme graue Substanz sich entwickelt habe, um den leeren Raum auszufüllen, der durch die fehlende Ausbildung der weißen Markmasse frei geblieben war.

Die Krankengeschichte der von mir in der Idiotenanstalt in R. einst behandelten Kranken ist nach einer brieflichen Auskunft der Mutter und dem ärztlichen Aufnahmezeugnis folgende.

Gertrud R. wurde am 16. IV. 1896 in Strasburg Wpr. als Tochter eines Tischlers geboren. Ihr damals 28 Jahre alter Vater war körperlich schwächlich, ruhigen Gemütes, aber stark dem Trunke ergeben. In späteren Jahren entwöhnte er sich des Alkohols etwas und trank nur noch zeitweise. Die Mutter ist Gesindevermieterin, hat ein ruhiges, freundliches Wesen und ist nicht trunksüchtig. Sie machte in zehnjähriger Ehe 7 Geburten durch. Alle Kinder außer der Gertrud blieben geistig und körperlich gesund und am Leben. Diese war ihr zweites Kind. Nach der Erinnerung der Mutter ist „sie vor der Geburt des Kindes nicht bettlägerig krank gewesen und hat nur in der letzten Zeit wie bei allen Kindern viel an Übelkeiten zu leiden gehabt. Im 4. oder 5. Monat war sie auf einem Jahrmarkt an einer Schaubude, in der eine Seejungfrau gezeigt wurde. Sie mochte nicht hineingehen, sah sich aber draußen das Bild an,

hörte das Quietschen der „Seejungfrau“ und gab an, ganz solche Töne hätte auch die Kleine immer hervorgebracht (ländlicher Aberglaube). Das Kind war bei der Geburt sehr klein, und das Wasser, worin es die Pflegerin sofort badete, schien zu kalt zu sein. Jedenfalls war es nach dem Bade ganz blau geworden (infolge des bei der Leiche nachweisbaren angeborenen Herzfehlers) und stöhnte immer leise. Die Eltern ließen das Kind deshalb rasch taufen, und die Mutter nahm es zu sich ins Bett, um es zu erwärmen. Danach hörte das Stöhnen auf. Während der „Schonzeit“ litt die Mutter zuweilen an Schwindel. Das Kind konnte gleich im ersten Jahre seine Beine nicht bewegen.“ Es blieb kränklich und schwach. Im zweiten Lebensjahre stellten sich Krämpfe ein, welche sich bis zum Tode in etwa monatlichen Abständen je ein- oder zweimal wiederholten. Das Kind blieb blöde, konnte weder gehen noch sprechen; dagegen griff es mit den Händen und hielt ihm gereichte Gegenstände fest, führte auch Brot zum Munde. Die Kranke merkte auf, wenn sie angesprochen wurde, und legte dann einen Arm an die Augen. Weil ihre Beine dünn und schwach blieben, wurde sie viel im Bett gehalten. Sie zeigte ein stumpfes Wesen, mußte gefüttert werden und beschmutzte Bett und Kleider. Die Hände fühlten sich warm an, doch zeigten sie Froströte und kleine Frostnarben. Die Füße waren immer kühl. Vor Ablauf des 8. Jahres wurde die Kranke der Idiotenanstalt übergeben. Hier wurden die geschilderten Erscheinungen einer zerebralen Kinderlähmung bestätigt. Die Kranke glich nach Körpergröße und Gebaren einem zweijährigen, aber blöden und völlig stumpfen Kinde. Sie war 104 cm lang und wog 30 Pfund. Ihr Kopfumfang betrug 44 cm. Wegen ihrer Lähmung und Unsauberkeit wurde sie dauernd im Bett gehalten. Sie sah und hörte gut; denn sie schaute nach dem Arzte und der Pflegerin hin und achtete auf ihre Anrede. Doch war sie blöde und brachte als einzige sprachliche Äußerung nur einige piepsende und grunzende Laute hervor. Sie mußte gefüttert und gereinigt werden. Im Gesicht zeigte sich keine Lähmung oder Kontraktur. Der Schädel war mesozephal, gleichmäßig gerundet. Das Gesicht zeigte angenehme, regelmäßige, kindliche Züge. Die Bewegung der Arme und Hände war frei, doch waren auch ihre Muskeln schwach entwickelt. Beide Beine waren gelähmt und wurden lang ausgestreckt gehalten. Sie waren nach außen rotiert, so daß die Füße mit ihrem Außenrande dem Bette auflagen. Weder aktiv noch passiv waren an den Gelenken der Beine Bewegungen ausführbar. Die Sehnenreflexe waren an den Beinen spastisch gesteigert. Die Sensibilität war nicht gestört, da die Kranke auf Nadelstiche zuckte. Das ganze Skelett wies normale Formen auf. Insbesondere waren an Brustkorb und Wirbelsäule keine rachitischen Verdickungen und Verbiegungen sichtbar. Die Kranke war blutarm, sehr schwach genährt (die Muskulatur war überall, namentlich an den Beinen, atrophisch), zeigte aber an den inneren Organen keine krankhaften Veränderungen. Während ihres $1\frac{1}{4}$jährigen Anstaltsaufenthaltes ent-



wickelte sich bei ihr eine Lungentuberkulose und ein Pyothorax rechterseits, der 2 Monate vor dem Tode eine Rippenresektion nötig machte, worauf sich sogleich $^1/_8$ l Eiter entleerte. Die Eiterabsonderung hörte allmählich auf, doch blieb die tuberkulöse Pneumonie bestehen und führte zusammen mit einem chronischen Dickdarmkatarrh und mangelhafter Nahrungsaufnahme den Tod am 2. März 1905 herbei. Bei der Sektion zeigte sich der Schädel von regelmäßiger Form. Er war mesozephal und rund, ohne hydrozephalisch gedehnt zu sein. Er hatte eine Dicke von 1 cm und war von blasser Farbe, blutlos. Seine Nähte waren kaum verwachsen. Die harte Hirnhaut war sehnig weiß, nicht abnorm verwachsen. Die weiche Hirnhaut war durch mäßig viel wässerige Flüssigkeit vom Hirn abgehoben. Die Venen der Hirnoberfläche waren stark blutgefüllt, stricknadeldick, die Arterien frei von miliaren Tuberkeln. Die weichen Hirnhäute waren als eine leicht verdickte und daher derbe, wenn auch noch durchscheinende Bindegewebshaut im Zusammenhange abziehbar, ohne daß Teile der Hirnoberfläche an ihnen haften blieben. Die Stirnfurchen waren mangelhaft ausgebildet, noch kümmerlicher die Schläfenfurchen, die fast verstrichen waren und nur als etwa 3 cm lange, ½ cm tiefe, leicht gekrümmte, strichförmige Vertiefungen erschienen. Die Zentral-, Parietal- und Okzipitalfurchen fehlten ganz, und da auch an der medialen Fläche des Gehirns die Furchen ebenso wie auf der Unterfläche außer im Bereich des Stirnhirns vollkommen fehlten, so war die Hirnoberfläche in ihren hinteren drei Vierteln völlig glatt und nach außen konvex gewölbt. Von der Seite betrachtet, setzte sich der Schläfenlappen beiderseits am freien Rande zwar deutlich vom Stirnlappen wie gewöhnlich als Vorsprung ab; die Fossa Sylvii aber war nicht ausgebildet. Nur drei oder vier einem dreistrahligen Sterne gleichende, je ½ mm tiefe und sich nach jeder Richtung 1—2 mm weit fortsetzende, unbedeutende, grubenförmige Vertiefungen im Bereich des Parietookzipitalhirns deuteten jederseits auf den Anfang einer Furchenbildung hin. Beide Hirnhälften glichen sich in ihrem Aussehen auf der Oberfläche, wie im alsbald zu beschreiben den inneren Aufbau vollkommen. Das Bild der Hirnoberfläche gibt die hier beigefügte Skizze nach der Erinnerung wieder.

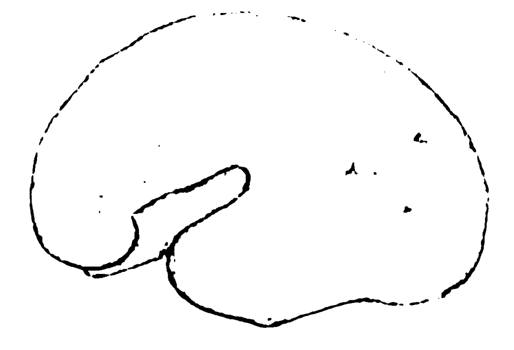


Abb. 1. Ansicht des Gehirns von der Außenseite: Agyrie.

Das Hirn wog 800 g. Es war blutarm, blaßgrauweiß und von normaler Konsistenz. Die Hirnhöhlen waren namentlich in den Hinterhörnern stark erweitert, vorn 1, hinten 2½ cm im Durchmesser weit. Der Mantel war 1—3 cm dick. Unter der 2 mm breiten Hirnrinde fand sich in den hinteren drei Vierteln (Schläfen-, Zentral-, Parietal- und Okzipitallappen), nur durch einen weißen, linienförmig schmalen Streifen von ihr abgesetzt, eine ebenfalls graurote, gallertig durchscheinende und makroskopisch völlig der grauen Hirnrinde gleichende, 1½ cm breite Schicht von normaler Hirnkonsistenz. Unter ihr folgt eine ⅔ cm im Durchschnitt messende weiße Markschicht, welche die Ventrikelhöhle umgibt. Die abnorme graue

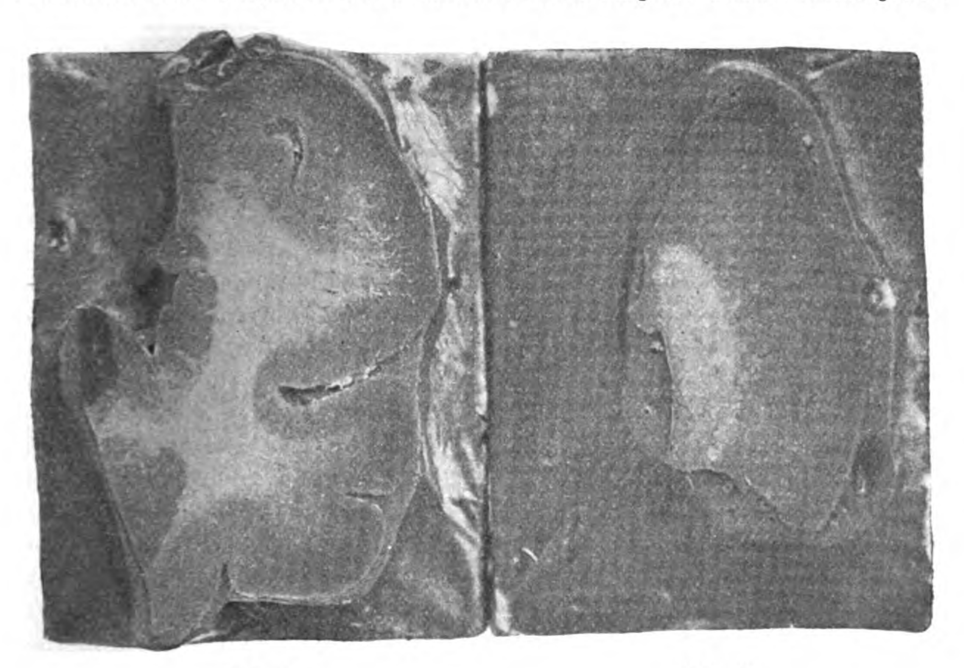


Abb. 2. Abb. 3.

Masse erstreckt sich in gleicher Breite nach vorn bis zu einer Frontalebene, welche dem seitlichen Winkel zwischen Stirn- und Schläfenlappen entspricht. In dieser Linie hört sie fast plötzlich unter Zuspitzung auf, und der Durchschnitt des Stirnhirns gleicht, da hier die abnorme graue Masse fehlt und die Oberfläche gefurcht ist, völlig dem normalen Bilde. Nur findet sich auch hier im Anschluß an den lateralen Rand des Schwanzkernkopfes, aber durch etwas weiße Substanz von ihm getrennt und somit im Dache des Vorderhirns gelegen, jederseits eine mehr als pfenniggroße, kreisrunde und 2 mm dicke, abgesprengte Schicht grauer Substanz. Das Ependym der Hirnhöhlen ist glatt und zeigt sonst nirgends abnorme graue Substanz. Der Schwanz- und Linsenkern, das Kleinhirn und der Hirnstamm zeigen in allen Teilen makroskopisch nichts Auffälliges, ebenso-



wenig fiel mir am Rückenmark eine Atrophie der Pyramidenbahnen auf. Ich halte es aber für wahrscheinlich, daß eine solche bestand, aber von mir übersehen wurde, ein Fehler, den ich leider nicht gut machen kann, da ich mir nicht das ganze Gehirn, sondern nur zwei Stücke desselben aufhob, deren Querschnittsbilder hier naturgetreu wiedergegeben sind. Das eine zeigt den Querschnitt einer Stirnhirnhälfte, wobei man seitlich vom Schwanzkern die zuletzt erwähnte isolierte graue, heterotopische Substanz auf dem Durchschnitte sieht. Das zweite Bild gibt ebenfalls in natürlicher Größe einen Sagittalschnitt durch die Gegend der Zentralwindungen wieder.

Aus dem übrigen Sektionsprotokoll sei erwähnt, daß die Leiche abgemagert war und an Armen und Beinen nur bleistiftdicke Reste von Muskulatur aufwies, und daß auf dem Kreuzbein ein talergroßer Druckbrand bestand. Beide Lungen zeigten ausgedehnte tuberkulöse Pneumonie mit Kavernenbildung und rechts einen operativ eröffneten Pyopneumothorax. Das Zwerchfell stand deshalb beiderseits bei der 8. Rippe in der Brustwarzenlinie. Am Herzen zeigte sich ein offenes, kleinerbsengroßes Foramen ovale, das im linken Vorhof an eine strahlig sehnige Narbe angrenzte, die vielleicht durch einen alten Entzündungsprozeß hervorgerufen war. Auch war der Ductus Botalli offen und für eine Sonde durchgängig. Das Herz war infolgedessen in beiden Hälften vergrößert und 1½mal so groß als die rechte Faust der Leiche. Der Herzmuskel maß links 1 cm, rechts 3 mm im Durchschnitt. Das Gewebe des Herzens, der Nieren und Leber war leicht getrübt; die Milz zeigte das Aussehen der chronischen Stauungsmilz und war 10,5 cm lang und 1 cm dick. Magen und Darm zeigten außer Anämie und leichter katarrhalischer Schwellung nichts Wesentliches. Die untere Hälfte des Dickdarmes bot dagegen eine stark verdickte, sulzig gequollene Schleimhaut dar, die mit reichlichem Schleim bedeckt war. Während der Dünndarm keine tuberkulösen Veränderungen aufwies, zeigte die Außenseite des Dickdarmes zahlreiche miliare Tuberkeln. Die Geschlechtsteile waren infantil und verkümmert. Die Scheide war für einen Bleistift durchgängig- die Gebärmutter 1½ cm lang, 1 cm breit, ihre Muskulatur grauweiß, die Eierstöcke 1 cm lang und 3 mm breit.

Außer tuberkulösen Veränderungen und agonalem Hirnödem fanden sich also intrauterin erworbene Hemmungsbildungen am Herzen und den Geschlechtsteilen, Lähmung der Beine, weniger der Arme, Sprachlosigkeit und, was hier besonders interessiert, fast allgemeine Agyrie und Heterotopie der grauen Substanz im Hirn mit etwa mittelweitem Hydrocephalus internus.

Um einen genauen Einblick in den mikroskopischen Aufbau des gewucherten Rindengraus zu gewinnen, färbte ich die Schnitte, die ich von den beiden Hirnstücken anfertigte, in verschiedener Art. Die *Weigert*-sche Markscheidenfärbung zeigte nur das eine, daß sich in der ganzen



grauen Substanz keine Markstrahlen befanden. Die *Nissl*sche Zellfärbung, von der ich hier zwei von dem Königsberger Architekten und Lehrer an der Kunstgewerbeschule Herrn *Renzel* vollendet gezeichnete Bilder beifüge, ergab besonders schöne Bilder, die meine Beschreibung der abnormen grauen Substanz trefflich erläutern. Ich verglich ein solches Zellfärbungsbild mit demjenigen eines normalen Gehirns bei derselben 400 fachen Vergrößerung.

Die vergleichende Messung beider Schnitte auf dem Kreuztisch des Mikroskopes lieferte folgende Zahlen: Die normale Hirnrinde war im gehärteten Zustande 1,9 mm breit, das pathologisch gewucherte Grau meines Falles — der Schnitt entstammt der Gegend der Zentralwindungen — zeigte dagegen, ebenfalls im gehärteten Zustande, eine Gesamtdicke von 10,9 mm, wovon 0,6 mm auf die äußere Tangentialfaserschicht kamen, während das weiße Marklager eine Breite von 6,3 mm aufwies, wovon 0,04 mm auf das Ependym zu rechnen waren. Die Dicke des ganzen Hirnmantels betrug also im gehärteten Zustande 17,8 mm. Nirgends war eine abnorme Anhäufung von Rundzellen oder eine chronische Verdickung der Arterienwände wahrnehmbar, so daß die Entstehung der Hirnanomalie auf keinen akuten oder chronischen Entzündungsvorgang zurückzuführen ist. Ebensowenig fanden sich irgendwelche tuberkulösen Herde oder Tuberkelbazillen. Die Tuberkulose der Brust- und Bauchorgane hatte also noch nicht zu einer Blutinfektion geführt. Die Wucherung der Hirnrinde stellte sich mithin als eine einfache Wachstumsanomalie dar, gekennzeichnet einerseits durch einen Stillstand der Hirnrindendifferenzierung am Ende des dritten Fötalmonats, andererseits durch eine hyperplastische Wucherung der Hirnrinde nach der Tiefe hin. Im einzelnen zeigte der mikroskopische Schnitt folgende Beschaffenheit: Zu äußerst liegt die 4,8 mm breite Rinde, welche aus den normalen vier Schichten: Tangentialfaserschicht, Schicht der kleinen und der großen Pyramidenzellen und zu unterst derjenigen der polymorphen Ganglienzellen besteht und durch einen 0,1 mm breiten, subkortikalen Markstreifen von der nunmehr folgenden abnormen grauen Schicht getrennt ist. Diese Schicht ist 7,1 mm breit und enthält große, sternförmige Ganglienzellen. Sie erreichen nicht ganz die Größe der großen Pyramidenzellen der normalen Hirnrinde und zeigen nirgends Pyramidenform, sondern nur die eines unregelmäßigen Sterns mit 4 oder mehr Zacken. Sie messen 20—30 μ im Durchmesser und liegen weniger dicht als die 25—30 μ großen Riesenpyramidenzellen eines normalen Gehirns. Auf 1,2 mm Fläche und 15 μ Dicke kommen in meinem Falle 30—40 große Ganglienzellen, im normalen Hirn dagegen 25—30 große Pyramidenzellen. Zwischen den großen Sternzellen finden sich 3—4 mal so häufig kleine Sternzellen, welche kaum halb so groß sind wie jene. Nur ausnahmweise zeigt eine davon Pyramidenform. Zwischen den Zellen liegt ein Netzwerk von Glia- und marklosen Nervenfasern, die sich bei *Nissl*-Färbung nur undeutlich wahrnehmen





lassen, weshalb sie der Zeichner nicht wiedergeben konnte; auf Photographien markierten sie sich deutlich als Fasern. Die beiden mikroskopischen Bilder entstammen dem äußeren und inneren Rande dieser Schicht und liegen also 0,7 mm voneinander entfernt. Sie gleichen einander vollkommen, wie denn auch die ganze Schicht einen gleichmäßigen Bau zeigt. Neben den beiden Arten von Ganglienzellen finden sich in der grauen Masse auch Gliazellen in gewöhnlicher Menge. Die innere Struktur der Ganglienzellen zeigt keine Besonderheiten: Der helle, bläschenförmige Kern ist umgeben von dem regelmäßig gekörnten äußeren Protoplasmaleibe der Zelle. Nahe dem unteren Rande der grauen Schicht haben sich die Zellen zu einer tangentialen Reihe angeordnet und stehen hier etwas dichter, so daß sie sich zum Teil überlagern; einige haben auch Pyramidenform angenommen. Es scheint so, als wenn die Zellen hier in Wucherung begriffen waren, als wenn hier die Keimstätte liege, aus deren Teilung die Ganglienzellen der ganzen grauen Schicht hervorgegangen seien. Ich würde also glauben, daß die Keimschicht durch Abstoßung von Tochterzellen allmählich in die Tiefe gerückt ist und nicht eine allgemeine gleichmäßige Wucherung der Ganglienzellen nach allen Richtungen des Raumes stattgefunden hat.

Das unter der grauen Masse folgende weiße Marklager zeigt eine deutliche Teilung in drei Lagen: zu äußerst besteht eine 3,1 mm breite Lage netzförmig sich kreuzender Fasern, dann folgt eine 2,4 mm breite Lage tangential verlaufender Markfasern und darunter wieder eine 0,8 mm breite Lage netzförmig sich hinziehender Fasern. Alsdann folgt das aus einer Zellage bestehende Ependym, welches den hydrozephalisch gedehnten Ventrikel umkleidet. Radiär verlaufende Markfasern, welche den Pyramidenbahnen entsprechen würden, haben sich ausgebildet. Bezüglich des mittleren Längsbündels kann ich leider nicht angeben, ob es in sagittaler oder frontaler Richtung verläuft, da ich nicht mehr weiß, wie die Längsachse des von mir ausgeschnittenen Rindenstückes gerichtet ist.

Der von mir beobachtete Fall zeigt also verschiedene Abweichungen von dem, welchen *Matell* beschrieben hat. Die Mißbildung ist hier offenbar in einer früheren Entwicklungszeit entstanden als in dem Falle dieses Autors. Dort waren die Hirnwindungen normal entwickelt; schon makroskopisch zeigte sich die graue Schicht durch radiär verlaufende Markstrahlen in einzelne Herde grauer Substanz gegliedert und durch einen feinen Streifen tangentialer Markfasern von der oberflächlichen normalen Hirnrinde geschieden, der allerdings auch in meinem Falle, aber schwächer, ausgeprägt ist. Die mikroskopische Betrachtung bestätigte dies. Die äußere Rindenschicht der *Matell*schen Kranken zeigte sich von der Tangentialfaserschicht, der Schicht der kleinen und derjenigen der großen Pyramidenzellen



gebildet, dann folgte jener weiße tangentiale, subkortikale Markstreifen und nunmehr die von radiären Markstrahlen zerschnittene abnorme graue Substanz mit ihren Ganglienzellen. In meinem Krankheitsfalle dagegen zeigten die hinteren zwei Drittel der Hirnoberfläche noch keine Furchung und Gliederung in Windungen, und die unter der Rinde liegende abnorme graue Masse zeigte neben vereinzelten Pyramidenzellen nur polygonale Sternzellen und war nicht durch radiäre Markstrahlen zerteilt. Es handelt sich also um einen sehr frühen Stillstand und eine Mißbildung bei der Hirnentwicklung. Dem im einzelnen verschiedenen Befunde entspricht es auch, daß jene Kranke sowohl gehen als auch sprechen, sogar manche einfache Fragen beantworten und vielleicht selbst ein kindliches Gespräch führen konnte und erst im 27. Jahre verstorben ist, während die von mir beobachtete Kranke auf ganz infantiler Stufe des Körperwachstums stehen geblieben war, weder gehen noch sprechen — wohl aber etwas greifen und aufmerken — konnte und schon im neunten Jahre an erschöpfter Lebenskraft und Verfall in Schwindsucht starb. Bezüglich der Deutung der Abnormität schließe ich mich *Matells* Ansicht an, der im Hinblick auf den Befund *Vignals* an dem Hirn eines 5½ Monate alten Fötus, bei welchem Hirnrinde und Mark nur undeutlich differenziert sind, annimmt, daß die normale Markentwicklung ausgeblieben und die untere Grenzschicht der Rinde in Wucherung geraten sei. Ohne eine solche Hyperplasie ist auch jene Verlagerung grauer Substanz nicht zu erklären, wo sich ein grauer Herd an einer Stelle mitten im Marklager findet. So zeigt sich auch in meinem Falle seitlich vom Nucleus caudatus, und zwar im Dache des Vorderhorns, ein heterotoper Herd grauer Masse (s. Abb. 3), also an einer Stelle, in deren Nähe beim Erwachsenen nie graue Substanz liegt. Auch dieser Herd zeigte bei mikroskopischer Betrachtung denselben Aufbau aus größeren und kleinen, sternförmigen Ganglienzellen. Anderenfalls muß man die Lage dieses Herdes durch die Annahme zu erklären suchen, daß der Nucleus caudatus auch im normalen Gehirn bei seiner ersten Ausbildung sich auch auf das Dach des Ventrikels erstrecke und sich erst mit dem Entstehen des Balkens allmählich auf den Boden zurückziehe.

Die beiden hier nebeneinander gestellten Fälle von fötaler Hirnrindenmißbildung weisen auf eine Lücke in unseren Kenntnissen der normalen Hirnrindenentwicklung hin, deren Ausfüllung eine dankbare



Aufgabe für Embryologen wäre. Seit *His* kennt man zwar die Entwicklung des menschlichen Gehirns in den drei ersten Fötalmonaten auf das genaueste. Man hat außer derjenigen *Vignals* noch keine embryologische Arbeit, die in Wort und Bild zeigt, welche makro- und mikroskopischen Veränderungen der Hirnmantel, insbesondere die Abgrenzung der Hirnrinde und des Marks, sowie die absolute Breite dieser Schichten, die Zahl, Lage und Form der Ganglienzellen zwischen dem vierten Fötalmonate und dem Zeitpunkte der Geburt durchmacht, d. h. in der Zeit, in welcher die bis dahin ungefurchte Hirnrinde ihre endgültige Gliederung durch Furchen in die charakteristischen Windungen erfährt. Auf das Vorhandensein dieser Lücke möchte ich hiermit hingewiesen haben.

Tafelerklärungen.

Abb. 2. Ein Stück der agyrischen Windungen auf dem Durchschnitt (in Zelloidineinbettung, die einige Luftblasen einschließt). Ich bemerke, daß die Breite des Hirnmantels hier 22 mm aufweist, während der mikroskopische Schnitt, vermutlich durch Schrumpfung bei der Vorbereitung mit Xylol, nur 18 mm mißt. Die im Text angegebenen Zahlen, welche sich auf das mikroskopische Präparat beziehen, sind daher alle mit $^{11}/_{9}$ oder einer noch etwas größeren Zahl zu multiplizieren, etwa mit $^{12}/_{9}$ oder $^{13}/_{9}$, wenn man ihre Größe im frischen, ungehärteten Zustande haben will. *a* Rindenschicht bis zum subkortikalen tangentialen Markstreifen, der auf der Photographie wegen seiner geringen Ausbildung nicht sichtbar ist; *b* abnorme graue Masse unterhalb dieses Streifens, hebt sich von der Schicht *a* durch hellere Farbe ab, da jene leider durch Fäulnis etwas gelitten hat; *c* weißes Marklager; *d* Rand des Seitenventrikels.

Abb. 3. Schnitt durch das normal gefurchte Stirnhirn. *a* Hirnrinde; *b* äußere Kapsel; *c* Linsenkern; *d* innere Kapsel; *e* Kopf des Schwanzkerns; *f* Rand des Vorderhorns; *g* abnorme heterotope graue Masse im Dache des Vorderhorns.

Abb. 4. Äußerer Rand der grauen Schicht, unterhalb des subkortikalen Markstreifens, 4,4 mm unterhalb der Hirnoberfläche. *a* große, sternförmige Ganglienzellen; *b* kleine, stern- und spindelförmige Ganglienzellen; *c* Gliazellen.

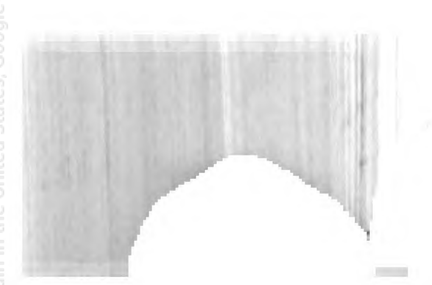
Abb. 5. Innerer Bau der abnormen grauen Schicht, an das Mark angrenzend, 11,5 mm unterhalb der Hirnoberfläche. Die Wucherungszone der Ganglienzellen ist auf dem Bilde zufällig wenig ausgeprägt. Bezeichnungen dieselben wie auf Abb. 4.

Literatur über die Heterotopie im Großhirn.

1. *Fr. Ermann* und *Bülau*, Heterotopie grauer Substanz. Arch. f. pathol. Anat. u. Phys. 1872, Bd. 56.
2. *P. Grawitz*, Ein Fall von Aplasie der Großhirnhemisphären. D. med. Wschr. 1891.
3. *Griesinger*, Pathol. und Therapie der psychischen Krankheiten. 4. Aufl. 1876, S. 366.
4. *E. K. Hoffmann*, Über Heterotopie grauer Hirnsubstanz. Zeitschr. f. rationelle Medizin 1869, Bd. 34.
5. *Luys*, L'encéphale I, 1881, p. 198.
6. *M. Matell*, Ein Fall von Heterotopie der grauen Substanz in beiden Hemisphären des Großhirns. Arch. f. Psych. Bd. 25, 1893.
7. *S. Fuchs*, Zur Histogenese der menschlichen Großhirnrinde. Sitzungsberichte d. Wiener Akad. d. Wiss. 1883, Bd. 88, Abt. 3.
8. *L. Kotschetkowa*, Beiträge zur pathologischen Anatomie der Mikrogyrie und Mikrozephalie. Diss. Zürich, 1901.
9. *Meine*, Heterotopie grauer Substanz. Arch. f. Psych. 1898, Bd. 30.
10. *v. Mihalkovics*, Entwicklungsgeschichte des Gehirns. Leipzig 1877.
11. *Merkel*, Hyperplasie der Rinde und Neubildung grauer Substanz. Virch. Arch. Bd. 38, 1867.
12. *Fr. Meschede*, Heterotopie grauer Rindensubstanz im Markstamm der Hemisphären des kleinen Gehirns. Virch. Arch. Bd. 56, 1872.
13. *Fr. Meschede*, Hyperplasie grauer Hirnsubstanz im Markstamm des Vermis cerebelli. Virch. Arch. Bd. 56, 1872.
14. *Fr. Meschede*, Virch. Arch. Bd. 37, 1866.
15. *Meschede*, Virch. Arch. Bd. 50.
16. *Nièpce*, Traité du goître et du crétinisme. 2 Bde. Paris 1851, 52.
17. *Otto*, Hyperplasie der Hirnrinde in Form von kleinen Geschwülsten und über Heterotopie grauer Substanz. Virch. Arch. Bd. 110, 1887.
18. *L. Pfleger*, Beobachtungen über Heterotopie grauer Substanz im Mark des Kleinhirns. Ztlbl. f. d. med. Wissenschaften 1880.
19. *M. Probst*, Über den Bau des vollständig balkenlosen Großhirns sowie über Mikrogyrie und Heterotopie der grauen Substanz. Arch. f. Psych. Bd. 34, 1901.
20. *W. Reubold*, Zur Entwicklungsgeschichte des menschlichen Gehirns. Festschrift zur 3. Säkularfeier der Alma Jul. Max., gewidmet von der med. Fakultät. Würzburg 1882, Bd. I.
21. *B. Ritter*, Heterotopie der grauen Hirnsubstanz. Württemberger med. Korresp.-Bl. 1869.
22. *Rösch*, Beobachtungen über den Kretinismus. 3 Hefte. Tübingen 1850—52.



23. *Rokitansky*, Lehrbuch der pathol. Anatomie. 3. Aufl., Bd. I, S. 190; Bd. II, S. 433.
24. *Simon*, Neubildung von Hirnsubstanz an der Oberfläche der Windungen. Virch. Arch. Bd. 58, 1873.
25. *Stahl*, Klinische Studien. Diese Ztschr. Bd. 11, 1854, S. 545.
26. *Stahl*, Zur Lehre üb. d. organ. Anlagen zum Irrsinn. Diese Ztschr. Bd. 16, 1859, S. 1.
27. *Tüngel*, Neubildung grauer Hirnsubstanz. Virch. Arch. Bd. 16, 1859.
28. *Vignal*, Recherches sur le développement des couches corticales du cerveau et du cervelet chez l'homme et les mammifères. Archives de physiologie. IVe série 2, 1888.
29. *Virchow*, Heterotopie. Virch. Arch. Bd. 38, 1867.
30. *Marchand*, Beschreibung dreier Mikrozephalengehirne. Nova Acta der Kais. Leop.-Carol.-Dt. Akad. Bd. 53 u. 55, 1889 u. 1890.
31. *Wicke*, Deutsche Klinik, 1869.



Über die Unterbringung geisteskranker Rechtsbrecher [1]).

Von

Dr. **August Hegar,**

Oberarzt an der Heil- und Pflegeanstalt Wiesloch.

Für ein auf der Jahresversammlung südwestdeutscher Irrenärzte im Jahre 1908 erstattetes Referat [2]) „Über die Unterbringung geisteskranker Rechtsbrecher" hatte ich als Grundlage für meine Schlüsse eine Untersuchung der in den Landesanstalten des Großherzogtums Baden untergebrachten männlichen Geisteskranken, die sich gegen die Strafgesetze vergangen hatten, vorgenommen. Es erschien mir nun nicht unzweckmäßig, nach einem größeren Zeitraum eine solche statistische Übersicht zu wiederholen. Da die neue Untersuchung unter den gleichen Bedingungen vorgenommen werden konnte, ist ein Vergleich mit den früher gewonnenen Ergebnissen ausführbar und ermöglicht einen guten Einblick in die durch die Unterbringung der zahlreichen kriminellen Kranken geschaffenen Verhältnisse in unsern Anstalten.

Meine Untersuchung erstreckt sich also auf die in den Heil- und Pflegeanstalten Pforzheim, Illenau, Emmendingen und Wiesloch untergebrachten männlichen Kranken, die sich gegen die Strafgesetze vergangen hatten; es kommen in Betracht Verbrechen und Vergehen gegen die Reichsgesetze; von Übertretungen wurden nur die Bestrafungen wegen § 361—363, Bettel und Landstreicherei berücksichtigt. Es geschah dies, um den solchen Statistiken gern gemachten Vorwurf zu vermeiden, daß die großen Zahlen durch die Einrechnung aller Bagatell-

[1]) Nach einem auf der Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte 1913 gehaltenen Vortrag.

[2]) Ztschr. f. Psych. Bd. 66.



sachen entstünden. Ebenso sind von Delikten während der militärischen Dienstzeit nur die gezählt, die auch unter das bürgerliche Strafgesetzbuch fallen würden; alle rein militärischen Vergehen, wie Achtungsverletzung, Gehorsamsverweigerung, Fahnenflucht usw., scheiden daher aus.

Die Zählung wurde vorgenommen nach dem Stande vom 1. Juni 1913. Es kamen mit den Strafgesetzen in Konflikt bei einem Krankenstand von 1954 Männern: 487 = 24,9%, während es am 1. Juli 1908 bei einem Krankenstande von 1774 Männern: 350 = 19,7% gewesen waren. Der größte Teil der Kranken befindet sich in den Anstalten Emmendingen (228) und Wiesloch (199).

Die Bevölkerungsziffer des Großherzogtums Baden betrug im Jahre 1910: 2 142 833.

I. Heredität (nur direkte von den Eltern).

	Vater	Mutter	beide Eltern		
1. Psychose und Neurose	25	36	4	65	29,9 %
2. Potus	46	2	2	50	
3. Verbrechen	4	3	4	11	
4. Kombiniert 1, 2 und 3	4		6	10	

Unehelich Geborene: 54 (11,08 %).

Da ich nur die von den Eltern herrührende Belastung berücksichtigt und nur ganz sichere Angaben verwendet habe, so dürfte die erbliche Belastung in Wirklichkeit weit höher sein. Die verbrecherische Vergangenheit der Erzeuger ist natürlich kein eigentlicher hereditärer Faktor, kann aber als degeneratives Moment nicht außer acht gelassen werden.

Die Prozentzahl der unehelich Geborenen unter unseren Kranken ist eine sehr hohe. Die Durchschnittszahl der in Baden [1]) in den Jahren 1901 bis 1910 unehelich Geborenen beträgt 7,4 %.

II. Anlage und Entwicklung in der Jugend.

1. Beschränkt bis hochgradig schwachsinnig	27
2. Schlechte intellektuelle und moralische Entwicklung	68
3. Schlechte Schüler (exkl. 1 und 2)	105
4. Ethisch defekt	14
5. Neuro- und psychopathisch	21
6. Intellektuell gut, aber ethisch defekt, eigenartig, erregbar	7
7. Gute Anlage und Schulbildung betont	49
8. Ohne sichere Angabe	196

[1]) Statistisches Jahrbuch für das Großherzogtum Baden, 40. Jahrg.



Auch hier wurden nur ganz sichere Anamnesen verwertet; darnach **können** 34% der Kriminellen als von Jugend an ausgesprochen schwach**sinnig** bezeichnet werden; ein Teil davon ist überhaupt nicht bildungs**fähig.** 49% sind von Jugend an als geistig minderwertig zu betrachten.

III. Besondere Erziehungsmittel.

Waisenhaus	7
Idiotenanstalt	3
Trinkerheilstätte	1
Erziehungsanstalt	4
Rettungs-, Besserungsanstalt	7
Erziehungs-, dann Zwangserziehungsanstalt	8
Zwangserziehungsanstalt	9

Es ist hierzu zu bemerken, daß bei den hier in Betracht kommenden Kranken diese Erziehungsmittel vollständig versagten. Alle Zöglinge wurden schon während der Zwangserziehung und sofort nach Ablauf derselben wieder kriminell.

IV. Personenstand.

Verheiratet	86	(17,6%)
Verwitwet	13	(2,6%)
Geschieden	21	(4,5%)
Ledig	357	(73,3%).

Diese Tabelle bedarf keiner besonderen Erläuterung. Ich verweise auch auf meine früheren Ausführungen im Jahre 1908.

V. Beruf.

Kein Beruf	35	
Ausbildung als Lehrling	24	
Geselle, Gehilfe	116	Nur Gelegenheitsarbeiter
Knecht in Landwirtschaft	32	
Taglöhner, Fabrikarbeiter	188	
Selbständige Handwerker	11	
Landwirt selbständig	5	
unselbständig	13	
Kaufmann selbständig	8	
unselbständig	15	
Händler	11	
Korb-, Bürsten-, Rechenmacher, Blumen- und Bretzelverkäufer, Clown, Seiltänzer, Bereiter	13	
Schreiber, Literat, Kellner, Photograph, Bierbrauer, Bauunternehmer, Rechtsanwalt, Lehrer, Priester, Bankier, Chemiker, Privat	16	

Die ersten beiden Zahlen geben uns die Anzahl der geistig Tiefstehendsten an, es handelt sich zumeist um Idioten, die überhaupt



nicht imstande waren, sich Volksschulbildung zu erwerben, und schon in der Lehrzeit scheiterten. Bei den übrigen handelt es sich um Gelegenheitsarbeiter, die, wenn überhaupt, nur kurze Zeit das erlernte Handwerk betrieben. Die Berufsbezeichnung schleppt sich ohne weiteren Sinn durch Akten und Strafregister fort. Die Zahl der früher selbständigen Existenzen ist sehr gering.

VI. Form der Psychose.

Dementia praecox	257	(52,7 %)
Angeborener und erworbener Schwachsinn (und Idiotie)	77	(15,8 %)
Epilepsie	44	(9 %)
Alkoholismus	42	(8,6 %)
Psychopathische Konstitution	38	(7,7 %)
Zirkuläre Psychose	11	
Dementia paralytica	6	
Paranoia quaerulatoria	7	
Senile Psychose	6	

Hier fällt sofort die große Zahl der an Dementia praecox leidenden Kranken auf; sie entspricht jedoch dem Vorkommen dieser Krankheitsform im Gesamtkrankenstand. Ich habe unter dieser Bezeichnung die Verblödungsprozesse zusammengefaßt, die mit Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen einhergingen. Für praktische Zwecke erhalten wir dadurch eine brauchbare Abgrenzung. Die Diagnose wurde von verschiedenen Beobachtern gestellt, so daß ich dieselbe glaube rechtfertigen zu können. Die Diagnose Paranoia, die ich noch 1908 stellte: systematisierte Wahnbildung bei Erhaltung der geordneten Persönlichkeit und Fehlen des Zerfalls, ist mir unter den Fingern zerronnen. Der größte Teil ist unter die Dementia praecox gefallen, bei einem kleineren Teil handelte es sich um Haftpsychosen bei Psychopathen.

Die Gruppe Psychopathische Konstitution umfaßt die epileptoiden und hysterischen Charaktere, die pathologischen Schwindler, die Haltlosen, die sexuell Perversen und sonstige Psychopathen.

Die übrigen Diagnosen bedürfen keiner Erläuterung.

Stellt man den Beginn der Kriminalität unserer Kranken nach Zahl und Lebensalter in einer Kurve dar, so erhält man vom 18. Jahre an einen sehr steilen Anstieg, der seine Höhe im 20. Jahre erreicht, dann kommt ein ebenso rascher und tiefer Sturz bis zum 22. Jahre; nach einzelnen kleineren Erhebungen im 25. und 29. Jahre sinkt die Kurve dann rasch und stetig (s. die gleichartige Kurve in dem früheren Aufsatz).

VII. Verbrechereinteilung.

1. Nicht vorbestraft:

a) nach erstem Delikt § 51	44	115
b) einmal bestraft	71	



2. Vorbestraft (resp. mehrmals kriminell und nach § 51 behandelt		372
Zufallverbrecher	—	
Berufsverbrecher	—	
Gelegenheitsverbrecher	15	
Vorbedachtsverbrecher	21	
(Falschmünzerei, Meineid, falsche Anschuldigung, Bigamie, Totschlag in Gemeinschaft, Unterschlagung, Erpressung, Betrug, Urkundenfälschung)		
Affektverbrecher:		
einmaliges Delikt	78	94
Wiederholung desselben Delikts	16	
Gewohnheitsverbrecher	357	(73 %)
Von diesen letzteren wurden bestraft		
wegen Verbrechens:		
einmal Zuchthaus	41	63
zwei- bis fünfmal Zuchthaus	22	
wegen Vergehens:		
2—5 Gefängnisstrafen	62	90
6—10 „	17	
11—20 „	10	
32 „	1	
wegen Übertretung (§ 361—363):		
2—5 Haftstrafen	23	62
6—10 „	12	
11—20 „	15	
20—50 „	11	
65 „	1	
wegen Vergehens und Übertretung:		
2—5 Strafen	24	130
6—10 „	33	
11—20 „	27	
21—50 „	35	
51—70 „	5	
71—86 „	5	
97 „	1	

Aus der Zusammenstellung geht hervor, wie sehr die Zahl der Vorbestraften und die der Gewohnheitsverbrecher überwiegt.

Bei der Einteilung habe ich wieder die *Aschaffenburg*sche [1]) gewählt mit einer kleinen Modifikation, indem ich die Rubrik Rückfallverbrecher weggelassen habe. Zufallverbrecher fehlen wieder wie bei der letzten Zählung, ebenso Berufsverbrecher; bei den letzteren ist dies ja erklärlich,

[1]) *Aschaffenburg*: Das Verbrechen und seine Bekämpfung.

VIII. Beteiligung der Psychosen an den Formen des Verbrechens.

		Dementia praecox	Imbezillität und Idiotie	Alkoholismus	Epilepsie	Psychopathische Konstitution	Zirkuläre Psychose	Dementia paralytica	Paranoia quaerulatoria	Senile Psychose	Summe	%	Landesdurchschnitt 1901—1910
Eigentumsverbrechen	Diebstahl, Betrug, Unterschlagung usw.	74	28	5	14	17	4	1	1	—	144	32,4	31 %
	Raub, Einbruch, Erpressung	9	—	—	1	2	1	1	—	—	14		
Bettel und Landstreicherei	Haft und Nachhaft	49	6	1	2	1	—	—	—	3	62	24,9	—
	Haft und Gefängnis	41	9	8	3	4	—	2	—	—	67		
Sittlichkeitsverbrechen	An erwachsenen Frauen	9	6	—	1	—	—	1	—	—	17	15,1	3,4 %
	An Kinder unter 14 Jahren	11	17	1	6	4	1	1	—	1	42		
	Sodomie, Päderastie, Exhibitionismus	5	3	1	3	3	—	—	—	—	15		
Beleidigung, Bedrohung		10	1	6	4	1	2	—	3	1	28	5,8	—
Körperverletzung		24	2	12	5	3	1	—	—	—	47	9,7	31,7 %
Totschlag		3	—	—	1	—	—	—	—	—	4	5,2 (1901—1910: 2,4)	0,06 %
Mord, Mordversuch		12	1	3	2	2	—	—	—	—	20		
Brandstiftung		8	4	5	2	1	—	—	—	—	20	4,1 (1901—1910: 2,2)	0,2 %
Meineid, falsche Anschuldigung		1	—	—	—	—	1	—	2	1	5	—	—
Bigamie		1	—	—	—	—	1	—	—	—	2	—	—
		257	77	42	44	38	11	6	6	6	487		



da die Minderwertigkeit unserer Kranken ein planmäßiges und auf längere Zeit hinaus vorbedachtes Handeln wohl immer ausschließt. Bei den Gelegenheitsverbrechern handelt es sich um einzelne Diebstähle, meist in jüngeren Jahren ausgeführt; auch die Vorbedachtsverbrechen fallen in die gesunde Zeit.

Unter den Affektverbrechern sind die Alkoholiker und Epileptiker am meisten vertreten. Bei der Wiederholung des gleichen Delikts handelt es sich um Körperverletzungen, Beleidigungen und Bedrohungen, wie sie von Epileptikern, Querulanten und ähnlichen Affektmenschen so oft begangen werden. Die verbrecherische Grundlage fehlt in dieser Rubrik.

Dann kommt die große Masse der Gewohnheitsverbrecher; bei der Zuteilung habe ich den Nachdruck auf die verbrecherische, antisoziale, ungeordnete Lebensführung gelegt. Die ganze Übersicht ist den Strafregisterauszügen [1]) entnommen. Bei den früher mit Zuchthaus bestraften Kranken finden sich natürlich noch zahlreiche andere Bestrafungen. Bei den Übertretungen sind die Verurteilungen zu Arbeitshaus eingerechnet. Die Tabelle gibt auch ohne besondere Erläuterung ein Bild der verbrecherischen Vergangenheit der großen Masse unserer kriminellen Kranken.

VIII. Hier (S. 876) finden Sie eine Übersicht, wie sich die Psychosen an den Formen des Verbrechens beteiligen. Eine genaue Scheidung ist bei der wechselnden Mischung der Delikte bei zahlreichen Gewohnheitsverbrechern nicht immer leicht. Doch heben sich die Richtung und Hinneigung zu einzelnen Verbrechen oft deutlich hervor, es wiederholen sich dieselben Delikte vielfach nacheinander, während andere nur gelegentlich erscheinen; auch die Eigenart des Täters ist dabei zu berücksichtigen. Manche Diebe halten sich ganz frei vom Betteln oder von Gewaltakten, während umgekehrt bei den mehrfach wegen Körperverletzung bestraften Personen keine Eigentumsdelikte vorkommen.

In erster Reihe stehen der Häufigkeit nach die Eigentumsverbrechen.

Die nächste Rubrik: Bettel und Landstreicherei ist ja wegen des Einbeziehens der Gefängnisstrafe in der zweiten Unterabteilung juristisch nicht einwandfrei. Die mit Gefängnis geahndeten Delikte sind jedoch so charakteristisch für diese Persönlichkeiten, daß eine Trennung Unklarheiten geschaffen hätte. Es handelt sich um Beamtenbeleidigung, Widerstand, Hausfriedensbruch, Sachbeschädigung, Fälschung von Legitimationspapieren u. a. Bestrafungen wegen Diebstahl, Erregung öffentlichen Ärgernisses sind dann auch noch vereinzelt in der Strafliste vorhanden. Der Typus des Landstreichers bleibt aber gewahrt.

[1]) Man muß auch bei der Erhebung der Strafregisterauszüge mit manchem Versagen rechnen; so ergab der Auszug bei drei Kranken keine Strafe, obgleich dieselben nach eigener Aussage und nach den Akten mehrfach bestraft waren; bei andern konnte die Persönlichkeit nicht festgestellt werden. Die Zahl dieser unbestimmten Auskünfte ist jedoch so klein, daß eine besondere Nachforschung unterbleiben konnte.



Bei der dritten Rubrik ist die große Zahl der Delikte an Kindern bemerkenswert.

Die übrigen Rubriken bedürfen keiner Besprechung.

Ich möchte nur noch auf die Zahlen am Rande der Tabelle aufmerksam machen. Um einen Vergleich mit den Verurteilungen der gesunden Bevölkerung zu gewinnen, habe ich den Durchschnitt der in Baden in den Jahren 1901—1910 wegen derselben Art der strafbaren Handlungen rechtskräftig verurteilten Personen berechnet [1]. Es sind dabei einzelne Fehler nicht zu vermeiden; der eine ist der, daß unsere Kranken größtenteils, soweit sie von badischen Gerichten verurteilt wurden, in den von der Kriminalstatistik angeführten Zahlen bereits enthalten sind, ferner daß die Delikte unserer Kranken zum Teil außerhalb der Jahre 1901—1910 liegen. Der erste Fehler wird wohl durch die zum Teil sehr hohen Zahlen der bestraften Bevölkerung (so wurden rund 30 000 wegen Eigentumsvergehen, rund 5000 wegen Sittlichkeitsverbrechen, 52 000 wegen Körperverletzung in den zehn Jahren verurteilt) völlig ausgeglichen. Der zweite Fehler fällt deswegen wohl nicht so sehr ins Gewicht, weil die Zahl der außerhalb dieser Jahre liegenden Delikte nicht sehr groß ist. Man sieht aus der Berechnung, daß das Verhältnis der Eigentumsdelikte bei beiden Teilen ziemlich das gleiche ist; während bei der gesunden Bevölkerung die Körperverletzungen sehr überwiegen, sind die Geisteskranken wieder viel stärker bei den Sittlichkeitsverbrechen beteiligt. Für Brandstiftung, Mord und Totschlag habe ich lediglich die in den Jahren 1901—1910 verurteilten Kranken berücksichtigt, da in der Kriminalstatistik nur kleine Zahlen gegenüberstanden (89 wegen Mord und Totschlag, 349 wegen Brandstiftung Verurteilte). Es ergibt sich daraus, daß die geisteskranken Kriminellen bei diesen schweren Verbrechen in weit höherem Maße als die gesunde Bevölkerung beteiligt sind. Die Delikte wurden in allen Fällen bereits in krankem Zustande verübt.

IX. Art der Aufnahme.

		Bestand: 487
A. Im Anschluß an ein Delikt		
1. sistiert, zum Teil schon nach § 51 behandelt		57
2. aus Untersuchungshaft (Psychose in Haft ausgebrochen oder Haft nach § 51 aufgehoben)		189
3. Strafhaft		
a) aus den Strafanstalten	56	160
aus der Irrenabteilung Bruchsal:		
1. mit Unterbrechung der Strafe	14	
2. mit Strafende	28	
b) aus dem Arbeitshaus	62	

[1]) Statistisches Jahrbuch, Jahrg. 40.



B. Ohne Zusammenhang mit einem Delikt

a) früheres Delikt liegt meist weit ab von der Psychose (Gelegenheits- und Affektverbrecher)	34	81
b) Psychotische und kriminelle Erscheinungen wechseln ab, mehrfach § 51 (Gewohnheitsverbrecher)	47	

Es ist hier der derzeitige Bestand an Kriminellen nach der Art der Aufnahme geordnet. Sie sehen aus B. b, daß eine erhebliche Zahl von Gewohnheitsverbrechern auch ohne Zusammenhang mit einem Delikt in die Anstalt kommt; meist sind sie vorher in Krankenhäusern gewesen, einzelne lassen sich freiwillig aufnehmen.

X. Verbleib der im Jahre 1908 festgestellten geisteskranken Rechtsbrecher.

Dauernd in der Anstalt			223 (63,5%)
Gestorben			41 (11,7%)
Entlassen:			
in Kreispflegeanstalten		13	86 (24,7%)
in auswärtige Anstalten		2	
ausgewandert		2	
Gute Führung nach Entlassung:			
seit 1—2 Jahren	15	44	
seit 3—5 Jahren	29		
Schlechte Führung:			
wieder kriminell	18	25	
wieder vagabundierend	7		

Der größte Teil der im Jahre 1908 gezählten Kriminellen ist in der Anstalt geblieben. Über die Führung der Entlassenen sind wir gut unterrichtet. Besonders wenn diese mit den Strafgesetzen in Konflikt kommen oder wieder krank werden, so treffen sicher die Anfragen der Staatsanwaltschaften, der Bezirksämter, die Ersuchen um Mitteilung der Krankengeschichte seitens anderer Anstalten, Anfragen auswärtiger Armenverbände usw. schon nach kurzer Zeit ein. Viele Kranke bleiben bei uns in Baden schon aus Unterstützungsgründen in Konnex mit der Anstalt, wenden sich brieflich und persönlich an diese. Erfreulich ist, daß wenigstens ein Teil der Entlassenen sich gut geführt hat, und zwar sind es eine Anzahl kriminell schwer belasteter Individuen. Es wäre eine dankbare Aufgabe, den Gründen dieser Wandlung nachzugehen; die Gutachten hatten ihnen dauernd jede Hemmung abgesprochen.

XI. Besondere Verwahrung

bedürfen 63 = 13% der Kriminellen = 3% des männlichen Krankenstandes; davon

Isolierung	13
Separierung	10
gemeinsame Verpflegung	40



Art ihrer Aufnahme und Diagnose:

	Psychopath. Persönlichkeit	Dementia praecox	Imbezillität	Epilepsie	Alcoh. chron.	
Untersuchungshaft	10	10	3	2	—	25
Strafhaft	4	19	2	3	—	28
Arbeitshaus	—	4	2	—	—	6
polizeiliche Sistierung	—	—	—	—	1	1
ohne vorheriges Delikt	—	2	—	1	—	3
Summe	14	35	7	6	1	63

Bei der besonderen Verwahrung handelt es sich um die Unterbringung der gefährlichen kriminellen Kranken, also solcher mit ausgesprochenen verbrecherischen Neigungen, die sie außerhalb und innerhalb der Anstalt betätigen. Ich kann von einer genaueren Schilderung absehen und verweise auf meine früheren Ausführungen. Die Kranken brauchen zu ihrer Überwachung besondere bauliche Sicherungen und Einrichtungen; es muß für sie die Möglichkeit gegeben sein, sie zu isolieren, d. h. sie in einem Raum unterzubringen, der jede Kommunikation nach außen und jede Beschädigung ausschließt, oder man muß sie separieren können, d. h. sie vorübergehend und des Nachts von den andern Kranken trennen, sie allein in einem Raum beschäftigen können. Der größere Teil kann bei gesicherter Bauweise gemeinsam verpflegt werden. Die Zahl dieser Kranken beträgt 63, gegen 58 bei der Zählung im Jahre 1908.

Wie aus den zu Anfang angeführten Zahlen hervorgeht, ist die Zahl der geisteskranken Rechtsbrecher seit 1908 um 5,2% gestiegen; diese erhebliche Vermehrung wird durch eine andere Berechnung noch besser hervorgehoben. Der Gesamtkrankenstand (an Männern) hat in den letzten fünf Jahren um 180 Köpfe zugenommen, die Kriminellen haben zugenommen um 137 Köpfe! Es hat also zugenommen der Gesamtkrankenstand in diesen fünf Jahren um 10,1%, der der Kriminellen um 39%, letztere also fast viermal so viel!

Bei dieser Zunahme handelt es sich nun nicht, wie man vielleicht annehmen könnte, um das Ergebnis einer sorgfältigeren Zählung, durch die noch versteckte kriminelle Kranke aufgefunden wurden (ich habe nur zwei Kranke gefunden, die der Zählung von 1908 entgangen waren), sondern um eine tatsächliche Vermehrung [1]. Dieselbe ist

[1]) Diese Vermehrung steht auch nicht in Zusammenhang mit der allgemeinen Kriminalität. Nach der Reichskriminalstatistik ist die Zahl der Verurteilten in den hier besonders in Betracht kommenden Jahren



bedingt einerseits durch die langsamere Entlassung und stärkere Zurückhaltung derartiger Kranken, andererseits durch die Vermehrung der kriminellen Aufnahmen. Es besteht entschieden die Tendenz, alle antisozialen Elemente, besonders Landstreicher, Epileptiker, Alkoholiker in die Irrenanstalten zu schicken. Die „sichernden Maßnahmen", wie sie in den §§ 43, 63 und 65 des Vorentwurfs zu einem Strafgesetzbuch später zur Wirksamkeit kommen sollen, werden jetzt schon praktisch angewendet, indem man die Leute, da ja keine besondere Anstalten vorhanden sind, in die Irrenanstalten einweist. Dieses Bestreben wird sich bei der Furcht des Publikums vor Gewalttaten Geisteskranker noch mehr verstärken. Auch die Aufnahme abnormer Fürsorgezöglinge wächst. Sollte der Vorentwurf zum Strafgesetzbuch in dieser Form Gesetz werden, so werden dann auch die vermindert Zurechnungsfähigen zum größten Teil den Irrenanstalten zufließen. Wie groß diese Zahl sein wird, läßt sich natürlich schwer sagen, die ganze Sache ist ja ein Sprung ins Dunkle. Wir haben nur einige Anhaltpunkte für eine Schätzung: In den Jahren 1905—1910 wurden in Baden in Kliniken und Anstalten [1]) eingewiesen nach § 81 St.-P.-O. zur Beobachtung ihres Geisteszustandes 325 Männer, davon wurde bei 176 angenommen, daß § 51 vorliege, der weitaus größte Teil von ihnen blieb gleich in der Anstalt, die früheren Verzögerungen der Aufnahme kommen erfreulicherweise kaum mehr vor. Bei 149 Untersuchungsgefangenen wurde § 51 nicht geltend gemacht, sie wurden aber in den Gutachten meist als minderwertig bezeichnet, bei einer Anzahl ist die Diagnose beigefügt: Epilepsie, Hysterie, Alkoholismus, leichter Schwachsinn, leichte senile Veränderungen und ähnliches, am häufigsten Psychopathie. Es ist wohl kein Zweifel, daß bei diesen Leuten die Voraussetzungen des § 65 des Vorentwurfs zutreffen werden, und daß im Interesse der öffentlichen Sicherheit das Gericht die Verwahrung in einer öffentlichen Heil- und Pflegeanstalt anordnen wird. Man wird daher den jährlichen Zuwachs auf mindestens 30 Köpfe berechnen müssen.

Eine Minderung der kriminellen Elemente ist also nicht zu erwarten, wir müssen im Gegenteil damit rechnen, daß schließlich die

---

1905—1911 etwas zurückgegangen. Erst im Jahre 1912 hat sich eine starke Zunahme bei fast allen Verbrechen und Vergehen gezeigt.

[1]) Jahresberichte.

Zahl der männlichen Kranken mit krimineller Vergangenheit und die ohne solche sich gleichen wird. Es wird sich fragen, ob die Irrenanstalten diesen verstärkten Anforderungen im nächsten Dezennium gewachsen sein werden. Es wird wohl wieder der Ruf nach einer Sonderanstalt für kriminelle Geisteskranke sich erheben. Selbst wenn wir die Entlastung der vorhandenen Anstalten durch eine solche in Rechnung ziehen, stehen doch die enormen Kosten und großen Schwierigkeiten des Betriebs in keinem Verhältnis zu den Vorteilen. Daß die Irrenanstalten dann dauernd frei werden von kriminellen Elementen, davon kann keine Rede sein. Ich verweise darauf, daß sich *Aschaffenburg* [1]) auch in seiner neuesten Arbeit gegen die Sonderanstalten ausspricht.

Ich bin auch jetzt noch der Ansicht, daß durch eine richtige Verteilung auf die einzelnen zahlreichen Anstalten noch auf lange Zeit hinaus die durch die Kriminellen verursachten Schwierigkeiten überwunden werden können. Bestärkt werde ich darin durch die Feststellung, daß die Zahl der einer „besonderen Verwahrung" bedürftigen Kranken nicht in der gleichen Weise gewachsen ist. Es ist natürlich ein Fehler, wenn eine neue große Anstalt ohne alle etwas festere Verwahrungsräume oder Abteilungen gebaut wird. Man braucht dabei durchaus nicht an die Erbauung kostspieliger, mit allen Schikanen eingerichteter „gesicherter Häuser" zu denken, wie sie jetzt überall gefordert werden. Diese entwickeln sich allmählich als Fremdkörper, als Adnexe, verlieren den organischen Zusammenhang mit der übrigen Anstalt, besonders wenn noch behördliche Bestimmungen über die Belegung bestehen; sie sind auch im Betrieb teuer; man wird bei jedem einzelnen Kranken zu prüfen haben, ob der mit seiner Überwachung getriebene Aufwand auch notwendig ist. Es sind in jeder großen Anstalt drei oder vier Häuser, die etwas gesicherter gebaut werden, da wir schließlich auch noch andere Kranke haben, die am Zerstören und Entweichen gehindert werden müssen. Es lassen sich an jedem Hause, graduell verschieden, ganz gut An- oder Einbauten herstellen, die allen Ansprüchen genügen. Die Ausnützung der Plätze ist besser, die Kranken sind in ihren unschädlichen Perioden leichter zu verlegen,

[1]) Die Sicherung der Gesellschaft gegen gemeingefährliche Geisteskranke. 1912.



die Sonderung der konspirierenden Personen ist leichter, die sehr wichtige Mischung mit indifferenten Kranken wird ausführbar, die Teilnahme an Arbeit und Unterhaltung wird ermöglicht. Der Krankenhauscharakter wird dadurch sicher besser gewahrt als durch Errichtung von abgesonderten Häusern. Die Grundforderung wird bei der Unterbringung der geisteskranken Rechtsbrecher immer die Verteilung auf möglichst viele Anstalten bleiben müssen.

Die spätere Entwicklung bei Aufnahme einer größeren Zahl von vermindert Zurechnungsfähigen in die Anstalten, mit ihren juristischen Konsequenzen, wird allerdings viel komplizierter werden.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Göttinger psychologisch-forensische Vereinigung.

Sitzung am 16. Februar 1914.

Prof. Dr. *v. Hippel*: Strafverschärfung im neuen Strafgesetzentwurf.

Kritische Darstellung der im neuen Strafgesetzentwurf geplanten Schärfungen der Zuchthaus- und Gefängnisstrafe durch Kostschmälerung und harte Lagerstätte gegenüber solchen Verbrechern, deren Tat von besonderer Roheit, Bosheit oder Grausamkeit zeugt. Der Vortr. sprach sich zugunsten derartiger Vorschriften aus, betonte aber, daß dieselben sich in vorsichtig bemessenen Grenzen bewegen müßten, wie dies im Entwurf geschehen sei.

Prof. Dr. *Lochte*: a) Demonstration eines Schädels mit mehrfachen Verletzungen, die durch Einwirkung einer stumpfen Gewalt zustande gekommen sind. Es konnte der Nachweis erbracht werden, daß die Verletzungen mittels eines Hammers (Niethammers) mit runder Schlagfläche hervorgerufen worden waren, und zwar entsprach die Größe der Schlagfläche genau der Größe der an dem Schädel vorhandenen Lochbrüche.

b) Über forensische Haaruntersuchungen (mit Lichtbildern).

Der Vortr. schilderte einleitend die Anatomie des menschlichen Haares und die natürlichen Abnutzungs- und Zerfallserscheinungen, ferner die Unterschiede von Tierhaaren und von Fasern verschiedener Herkunft. Eine eingehende Darstellung erfuhren danach die Verletzungen des Haares durch stumpfe Gewalt, ferner die Verletzungen durch Einwirkung der Hitze und durch unvollständig verbrannte Pulverbestandteile bei Naheschüssen. Daran anschließend demonstrierte der Vortr. die Verletzungen der Haare durch Überfahren. Am Schluß seines Vortrages zeigte *L.* diejenigen Haarveränderungen, die unter dem Einfluß faulender Substanzen sowie unter Einwirkung des Verwitterungsprozesses zustande kommen.

In der Diskussion äußerte *L.* sich darüber, welche Gesichtspunkte bei der Feststellung der Identität der Haare von Bedeutung sind.

Sitzung am 31. März 1914.

Dr. *Rettich*: Sittlichkeitsdelikte im Greisenalter (Krankendemonstration).

Nach einleitenden Bemerkungen über Physiologie und Pathologie des Greisenalters bespricht Vortr. an der Hand verschiedener statistischer Tabellen die relative Häufigkeit der Sittlichkeitsvergehen sowie die große Anzahl der nicht vorbestraften Greise. Vorstellung eines 72 jährigen, nicht vorbestraften Mannes, der wegen Sittlichkeitsvergehens (Exhibitionismus) zweimal mit dem Strafgesetz in Konflikt kam. Die Untersuchung in der Klinik ergab keine Anhaltpunkte für Anwendung des § 51 R.-St.-G.

Prof. Dr. *Höpfner*: Das portrait parlé (Signalementslehre).

Redner äußerte sich zunächst über den Wert des portrait parlé, die Bedeutung dieses Identifikationsmittels neben Daktyloskopie und Photographie. Er setzte sodann die Prinzipien, nach denen beim pp. die Personenbeschreibung erfolgt, auseinander, indem er besonders auf die wichtigsten an Stirn, Nase und Ohr zu beachtenden Merkmale einging. Die Darlegungen waren durch Vorführungen von Lichtbildern unterstützt. Redner schloß mit dem Wunsche, daß die Kenntnis des pp. bei den Polizei- und Sicherheitsbeamten weitere Verbreitung finden möge, wobei er die Möglichkeit zugab, daß dasselbe einer Vereinfachung fähig und bedürftig sei. Jedenfalls sei anzustreben, daß jeder Polizei- und Sicherheitsbeamte ein brauchbares Signalement aufzunehmen und zu benutzen imstande sei.

Klieneberger-Göttingen.

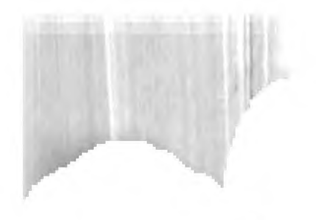
Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Straßburg i. E. am 24./25. April 1914.

Die Sitzungen fanden in der Aula der Universität statt.

Anwesend waren die Herren: *Ackermann*-Großschweidnitz, *Adams*-Andernach, *Alt*-Uchtspringe, *Alter*-Lindenhaus, *Aschaffenburg*-Köln, *Ast*-Haar, *Backenköhler*-Aplerbeck, *Barbo*-Pforzheim, *Bauer*-Alt-Scherbitz, *Baunach*-Frankfurt, *Binswanger*-Kreuzlingen, *Boedecker*-Schlachtensee, *Bökelmann*-Stephansfeld, *Böttcher*-Colditz, *Bonhoeffer*-Berlin, *Bott*-St. Getreu, *Bouman*-Amsterdam, *Bräuner*-Lüneburg, *Brandt*-Straßburg, *Braunert*-Ückermünde, *Brodmann*-Tübingen, *Brückner*-Hamburg, *Brügelmann*-Konstanz, *Buddeberg*-Merzig, *Büchner*-Hildburghausen, *Bufe*-Uchtspringe, *Bundschuh*-Illenau, *van Calker*-Straßburg, *Chiari*-Straßburg, *Christoffel*-Zürich, *Christoph*-Kosten, *Clemens*-Eichelborn i. W., *Cohen*-Hamburg, *Colla*-Bethel, *Dabelstein*-Neustadt, *Dannenberger*-Goddelau, *Dees*-Gabersee, *Dingel*-Saargemünd, *G. L. Dreyfus*-Frankfurt a. M., *Dubbers*-Allenberg, *Eccard*-Frankenthal, *Max Edel*-Charlottenburg, *v. Ehrenwall*-Ahrweiler, *Eichbaum*-Schleswig, *Eichelberg*-Hedemünden, *Eisen*-Kaufbeuern, *Encke*-Ückermünde, *Fabricius*-Düren, *Fauser*-Stuttgart, *Feld*-



bausch-Emmendingen, *Feldkirchner*-Regensburg, *Fr. Fischer*-Pforzheim, *M. Fischer*-Wiesloch, *O. Fischer*-Prag, *Fischer*-Preßburg, *Forster*-Berlin, *Frankhauser*-Stephansfeld, *Frantz*-Frankenthal, *Fürer*-Haus Rockenau, *Gaupp*-Tübingen, *Gerstenberg*-Lüneburg, *Giese*-Haina, *Glas*-München, *Göring*-Gießen, *Gregor*-Leipzig, *Groß*-Rufach, *Großmann*-Alt-Scherbitz, *Gruhle*-Heidelberg, *Haardt*-Emmendingen, *Haberkant*-Hördt, *v. Hattingberg*-München, *Hauptmann*-Freiburg, *Haymann*-Konstanz, *v. Hecker*-Straßburg, *Hegar*-Wiesloch, *Hegemann*-Münster i. W., *Hellpach*-Karlsruhe, *Hellwig*-Langenhagen, *von der Helm*-Bonn-Endenich, *Herfeldt*-Ansbach, *Herting*-Galkhausen, *W. Herwig*-Marsberg, *Herrmann*-Würzburg, *Hesse*-Ilten, *Hillfert*-Heidelberg, *Hoche*-Freiburg, *Hock*-Bayreuth, *v. Hösslin*-Eglfing, *Holtzmann*-Stralsund, *Homburger*-Heidelberg, *Horstmann*-Stralsund, *Hübner*-Bonn, *Hügel*-Klingenmünster, *Imhof*-Haar, *Jakob*-Hamburg, *Jaspers*-Heidelberg, *Jänecke*-Osnabrück, *Joachim*-Saargemünd, *Kafka*-Hamburg, *Karrer*-Klingenmünster, *Kastan*-Königsberg, *Kern*-Stuttgart, *Kirchberg*-Frankfurt, *Klebelsberg*-Hall, *Kleffner*-Münster i. W., *Kleist*-Erlangen, *Kluge*-Potsdam, *Kraepelin*-München, *Krauss*-Kennenburg, *Kreuser*-Winnenthal, *Kundt*-Deggendorf, *Hans Laehr*-Schweizerhof, *M. Laehr*-Haus Schönow, *H. Landerer*-Göppingen, *Lantzius-Beninga*-Weilmünster, *Leva*-Straßburg, *Liebert*-Rufach, *Lienau*-Hamburg, *Liepmann*-Berlin, *Longard*-Sigmaringen, *Lua*-Hamburg, *Luther*-Lauenburg, *H. W. Maier*-Zürich, *Malcus*-Marburg, *E. Mayer*-Tübingen, *Mentberger*-Straßburg, *Mercklin*-Treptow a. R., *Moeli*-Berlin, *Mulzer*-Straßburg, *Neuendorff*-Bernburg, *Neuhaus*-Düsseldorf, *Niessl v. Mayendorf*-Leipzig, *Nissl*-Heidelberg, *Oestreicher*-Niederschönhausen, *Oetter*-Kutzenberg, *Oppermann*-Erlangen, *Paetz*-Alt-Scherbitz, *Papst*-Eglfing, *Peipers*-Pützchen, *Peretti*-Grafenberg, *Petersen*-Brieg, *Pfersdorff*-Straßburg, *Plagnieux*-Lörchingen, *Plaut*-München, *Pöhlmann*-Straßburg, *Rabbas*-Neustadt i. Wpr., *v. Rad*-Nürnberg, *Raecke*-Frankfurt, *Ransohoff*-Stephansfeld, *Rautenberg*-Hamburg, *Rehm*-Neufriedenheim, *Reis*-Görlitz, *Reiss*-Ansbach, *Reiss*-Tübingen, *Renninger*-Regensburg, *Ridlin*-Freiburg, *Riemann*-Eberswalde, *Rittershaus*-Hamburg, *Römer*-Illenau, *Roesen*-Landsberg, *Rosenfeld*-Straßburg, *Rosental*-Heidelberg, *Sandner*-Lörchingen, *Sauermann*-Merzig, *Schäfer*-Hamburg, *Schaefer*-Roda, *Scharnke*-Straßburg, *Scharpf*-Tübingen, *Schauen*-Schwetz, *Schedler*-Merxhausen, *Schlesinger*-Straßburg, *Schmeel*-Alzey, *Schmidt*-Sorau, *Schmidt*-Warstein, *Schneider*-Köln, *Schneider*-Eickelborn, *Schnitzer*-Stettin, *Schüle*-Illenau, *Schulze*-Marsberg, *Schwabe*-Plauen, *Seelig*-Herzberge, *Selle*-Neuruppin, *Siebert*-Galkhausen, *Siemens*-Lauenburg, *Simon*-Gütersloh, *Sioli*-Bonn, *Snell*-Herborn, *Steiner*-Straßburg, *Stertz*-Breslau, *Stier*-Rapperswil, *Stoltenhoff*-Kortau, *Tecklenburg*-Tannenfeld, *Theobald*-Eglfing, *Thomsen*-Bonn, *Tuczek* jr.-Marburg, *Uhlenhuth*-Straßburg, *Ungemach*-Lohr, *Viegener*-Straßburg, *Vocke*-Eglfing, *Vorkastner*-Greifswald, *Wachsmuth*-Eichberg, *Wassermeyer*-Bonn, *Weber*-Haar, *Weichelt*-Andernach, *Weinberger*-Gabersee, *Westphal*-Bonn, *Westrum*-Lengerich, *Wetzel*-Heidelberg, *Weygandt*-Hamburg, *Wiehl*-Bedburg-Hau, *Wilmanns*-Heidelberg,



Wörnlein-Sorau, *Wolff*-Katzenellenbogen, *Wollenberg*-Straßburg, *Zinn*-Eberswalde. 215 Teilnehmer.

Vorsitzender: *Moeli*-Lichtenberg; Schriftführer: *Rosenfeld*-, *Pfersdorff*-, *Steiner*-Sträßburg.

Der Vorsitzende eröffnet kurz nach 9 Uhr die Versammlung, begrüßt die Anwesenden und erteilt zunächst das Wort

Herrn Geh. Medizinalrat *Holtzmann*: Mir ist die ehrenvolle Aufgabe geworden, den deutschen Verein für Psychiatrie, dessen Jahresversammlung in unserer Landeshauptstadt heute beginnt, im Namen der Landesverwaltung willkommen zu heißen. Insbesondere habe ich den Auftrag, Ihnen die Grüße Sr. Exzellenz des Herrn Staatssekretärs Grafen *v. Rödern* zu überbringen, der zu seinem Bedauern verhindert ist, an der Eröffnung Ihrer Versammlung teilzunehmen und Ihnen persönlich den Willkommgruß zu entbieten.

M. H. In dieser Versammlung, wo ich die berufensten Vertreter der psychiatrischen Wissenschaft aus dem ganzen Reiche vor mir sehe, werden Sie nicht von mir erwarten, daß ich mich in Ausführungen ergehe über die Leistungen und Erfolge, die in Ihrer Wissenschaft errungen worden sind. Dazu geht mir die Befähigung ab, und es kann auch meine Aufgabe als Vertreter der Landesbehörde nicht sein, diese Seite zu beleuchten. Aber die Landesverwaltung und insbesondere die Medizinalverwaltung nimmt an Ihrer Versammlung schon deswegen ein großes Interesse, weil ein wichtiger Teil des weiten Gebietes der Psychiatrie, nämlich die Pflege der Geisteskranken, sowohl in administrativer als in medizinischer Hinsicht die Tätigkeit der Behörden ständig in Anspruch nimmt. Und auf dem Gebiete der Irrenpflege hoffe und wünsche ich, daß Sie bei uns auch manches finden, was Ihres Interesses wert erscheint.

Die Landesverwaltung als solche ist ja nicht unmittelbar an der Irrenpflege beteiligt, da diese der Bezirksverwaltung unterstellt ist. In allen drei Bezirken haben wir Heil- und Pflegeanstalten, von denen die zu Rufach im Ober-Elsaß und zu Lörchingen in Lothringen in den letzten Jahren errichtet worden sind. Nach Ihrer Tagesordnung werden Sie Gelegenheit haben, die Anstalt in Rufach in Augenschein zu nehmen, und ich gebe mich der Hoffnung hin, daß sie Ihren Beifall finden wird; sie ist nach den modernen Anschauungen Ihrer Wissenschaft hergestellt unter vollständiger Durchführung des no restrain, dessen Vorkämpfer in Deutschland ja, wie aus der Tagesordnung ersichtlich, auch von dieser Versammlung eine Ehrung erfahren soll. Wir haben ferner, von den drei Bezirken gemeinsam errichtet, ein neues gesichertes Haus für geisteskranke Verbrecher in der Nähe Straßburgs, in Hördt, das vielleicht der Besichtigung lohnt.

M. H. Abgesehen von Ihrer wissenschaftlichen Betätigung werden Sie aber, wie die Tagesordnung zeigt, auch landschaftliche Besichtigungen vornehmen. Ein Besuch unserer schönen Vogesen ist vorgesehen. Ich hoffe, daß auch diese Besichtigung Ihr Gefallen finden wird, und daß Sie

von unserem Lande und dessen Bewohnern nur angenehme Eindrücke empfangen werden.

Der Wunsch, den ich Ihnen somit im Namen der Landesverwaltung überbringe, ist der, daß Ihre Verhandlungen anregende und fruchtbringende seien, und daß Sie von Ihrer Tagung im Elsaß nur gute Erinnerungen in Ihre Heimat mitnehmen mögen.

Herr Bezirkspräsident *Pöhlmann*: Gestatten Sie mir, daß auch ich als Vertreter der unterelsässischen Bezirksverwaltung Ihnen einen freundlichen Willkommgruß entbiete. Zwar hat Sie bei Ihrem Hierherkommen eindruckvoller und poetischer, als wir trockenen Aktenmenschen dies zu tun vermögen, unser im bräutlichen Frühlingsschmucke prangendes Land begrüßt, aber doch möchte ich es mir nicht versagen, mit wenigen, aber um so herzlicheren Worten zum Ausdruck zu bringen, wie sehr es uns zur Ehre und Freude gereicht, daß Sie sich entschlossen haben, Ihre diesjährige Tagung auf unterelsässischem Boden abzuhalten.

Sie, meine verehrten Herren, sind uns keine Fremdlinge, denn Sie als Vertreter der Wissenschaft und der ärztlichen Praxis und uns als Verwaltungsbeamte verbindet ein geistiges Band zu gemeinsamer, ernster Arbeit. Was Sie in unablässigem Schaffen als Ergebnis Ihrer wissenschaftlichen Forschungen zutage fördern, davon setzen wir unablässig einen großen Teil in unseren Anstalten in die Tat um, und nicht ohne eine gewisse Beklemmung kann ich es aussprechen, daß die sich hieraus ergebenden, fortgesetzt anwachsenden finanziellen Lasten für unsere Vertretungskörper eine nie versiegende Quelle der Sorge bilden.

Mit dem lebhaftesten Interesse verfolgen wir Ihre Beratungen und wünschen Ihnen, daß Ihre diesjährige Tagung abermals einen wichtigen Markstein an dem steilen Pfade Ihrer wissenschaftlichen Betätigung darstellen möge.

Sind Sie aber nach getaner Arbeit entschlossen, dem Lockrufe zu folgen, mit welchem unsere herrlichen Berge zu Ihnen herübergrüßen, dann hoffen wir, daß Sie auf Ihren Wanderungen eine Fülle schöner und befriedigender Eindrücke in Ihre Heimat zurückbringen, und daß wir in Ihnen, die Sie zu unserer lebhaften Freude in so stattlicher Anzahl zu uns gekommen sind, ebenso viele alte und neue Freunde unseres schönen Elsaß gewonnen haben.

Herr Beigeordneter *Peiffer*: Meine Damen und Herren! In Vertretung des Herrn Bürgermeisters Dr. *Schwander*, der lebhaft bedauert, an der heutigen Eröffnungssitzung nicht teilnehmen zu können, habe ich die Ehre, Ihnen die Grüße der Stadtverwaltung zu der bevorstehenden Tagung zu übermitteln. Wir freuen uns, daß Sie Straßburg als Ort Ihrer Tagung gewählt haben, und heißen Sie von Herzen willkommen. Ist doch die Stadt Straßburg stolz darauf, daß bedeutende klangvolle Namen gerade Ihrer Disziplin eng mit Straßburg verknüpft sind, ich nenne ***Krafft***-



Ebing, *Jolly* und *Fürstner*, die einst Zierden der hiesigen Landesuniversität und Bürger der Stadt Straßburg waren.

Wir wünschen Ihrer Tagung einen ersprießlichen Verlauf und hoffen, daß Sie während derselben Gelegenheit finden, die neuen Spitalanlagen unserer Stadt, insbesondere auch die Sie vornehmlich interessierende neue Nervenklinik zu besichtigen und sich mit uns Straßburgern an diesen schönen Anstalten zu freuen.

Mögen die gegenwärtigen schönen Frühlingstage, welche Sie hierher geführt haben, dazu beitragen, daß Sie einen möglichst angenehmen Eindruck von dem Aufenthalt in unserer Stadt mit in die Heimat nehmen. In diesem Sinne heiße ich Sie nochmals herzlich willkommen in Straßburg.

Herr Hofrat *Chiari*: Es gereicht mir als derzeitigem Rektor der Kaiser-Wilhelms-Universität Straßburg zur besonderen Freude, den deutschen Verein für Psychiatrie in unserer Aula begrüßen zu können.

Ich betrachte den Umstand, daß Sie in der Aula unserer Universitas litterarum tagen, als eine gute Vorbedeutung für den Nutzen, den auch die anderen Wissenschaften aus Ihren Verhandlungen ziehen werden. Gerade die Psychiatrie ist in ausgesprochenem Maße eine Wissenschaft, welche anderen Wissenschaften vielfache Anregung zu geben vermag und, ich möchte sagen, jeden geistigen Arbeiter, der sich ihr naht, anziehen muß. Sie verdankt das einerseits der Natur ihres Faches, andererseits der hohen Blüte, die sie gerade in den letzten Dezennien erreicht hat. Sie bearbeitet ihr Forschungsgebiet in einer selten vollkommenen Weise sowohl theoretisch als klinisch. Sie hat auch gerade in der neuesten Zeit die wahre Humanität auf ihre Fahne geschrieben. Das wird jedem klar, der die alten, finsteren Irrenanstalten und die modernen Heil- und Pflegeanstalten für Geisteskranke gesehen hat.

Möge diese Jahresversammlung sich würdig den früheren anschließen!

Herr Geheimrat *Wollenberg*: Als Dekan der Fakultät begrüße ich die Versammlung. Die medizinische Fakultät hat hier ihr Interesse für die Psychiatrie besonders auch dadurch gezeigt, daß sie für die Umwandlung der alten Psychiatrischen Klinik in eine moderne Psychiatrische und Nervenklinik nachdrücklich eingetreten ist. Ich hoffe, daß die Teilnehmer der Versammlung Zeit haben werden, sich davon zu überzeugen; sie würden dann sehen, daß die Klinik im Zentrum der medizinischen Institute liegt. Als Psychiater sehe ich darin ein Symbol der zentralen Bedeutung der Psychiatrie, als Dekan kann ich nur sagen, daß diese Lage das angenehmste Zusammenarbeiten mit den Vertretern der anderen medizinischen Disziplinen ermöglicht.

Im Namen der medizinischen Fakultät wünsche ich der Versammlung einen ergebnisreichen Verlauf.

Der Vorsitzende dankt den Herren, welche die Versammlung begrüßt haben, und gedenkt dann der im Laufe des letzten Jahres verstorbenen Mitglieder des Vereins: *Tiling*, *Näcke*, *Serger*, *Schuchardt*, *Oebeke*,



Römheld, *Schwienhorst*, *Kaes*, *Völcker* und des Ehrenmitgliedes *Weber*. Die Anwesenden erheben sich zu Ehren der Verstorbenen von den Sitzen.

Schriftliche Grüße sandten *Schultze*-Göttingen, *Siemerling*-Kiel, *Alzheimer*-Breslau, *Sommer*-Gießen, *Tuczek*-Marburg, *Stransky*-Wien, *Ziem*-Danzig, *Schultz*-Jena, *Specht*-Erlangen, *G. Gerlach*-Münster und *Pelman*-Bonn.

Als anwesendes Ehrenmitglied wird Geheimrat *Schüle* vom Vorsitzenden besonders begrüßt.

Es folgt das Referat über die sogenannte verminderte Zurechnungsfähigkeit.

1. Referent *Aschaffenburg*-Köln: *A.* geht von der klinisch unbestreitbaren Tatsache aus, daß sich zwischen die Psychosen und die geistige Gesundheit das große Gebiet der Grenzzustände einschiebe, das sich aber nicht mit dem strafrechtlichen Begriff der verminderten Zurechnungsfähigkeit völlig decke. Da unsere Gesetzgebungen auf dem Standpunkt stehen, die Rechtsfolgen für strafbare Handlungen von dem Vorhandensein der Verschuldung mehr oder weniger abhängig zu machen, so sei es erforderlich, die Zustände verminderter Zurechnungsfähigkeit zu berücksichtigen. Er sucht den Begriff so zu umschreiben: Vermindert zurechnungsfähig ist derjenige, bei dem die Fähigkeit, die Strafbarkeit seiner Tat einzusehen oder dieser Einsicht gemäß zu handeln, nicht ausreichend entwickelt ist.

Ref. erörtert dann die Ansichten der Gegner einer gesetzlichen Anerkennung der verminderten Zurechnungsfähigkeit, die im allgemeinen weniger die Tatsache leugnen, daß derartige Zustände vorhanden sind, als sich gegen die Konsequenzen ihrer strafrechtlichen Berücksichtigung auflehnen. *A.* bespricht weiter die Erscheinungsformen der verminderten Zurechnungsfähigkeit, die sich in drei Gruppen zusammenfassen lassen: in die der psychopathischen Persönlichkeit, in die der Folgen chronischer Intoxikationen und der akuten Vergiftungszustände, und in die der Übergänge von der Gesundheit zur Krankheit (beginnende senile und arteriosklerotische Rückbildung, angeborenen und epileptischen Schwachsinn). Durch alle diese Zustände muß nicht unbedingt und für alle Straftaten eine Verminderung der Zurechnungsfähigkeit bedingt sein, sie kann aber dadurch bedingt sein.

Nach einem Hinweis auf die Unzulänglichkeit des im deutschen St.-G.-B. versuchten Ersatzes der verminderten Zurechnungsfähigkeit durch die mildernden Umstände und einer kurzen Erörterung der Schwierigkeiten der richtigen Beurteilung aller in Frage kommenden pathologischen Zustände lehnt Ref. die prinzipielle Strafmilderung als Folge der verminderten Zurechnungsfähigkeit ab, da der verminderten Zurechnungsfähigkeit oft erhöhte Gemeingefährlichkeit entspricht. Die gesetzliche Regelung der verminderten Zurechnungsfähigkeit in dem deutschen Vor-

ntwurf lasse sehr viel Wünsche offen, besser ist der österreichische Entvurf, obgleich auch gegen diesen mancher Einwand zu erheben ist. Nach Besprechung des Verhaltens der vermindert Zurechnungsfähigen im Strafvollzug, der geringen Wirkung der Strafverbüßung auf die Besserung m Sinne einer größeren sozialen Tauglichkeit einerseits, der Gefährdung der Gesundheit anderseits stellt *A.* folgendes Programm der staatlichen Reaktion gegen vermindert Zurechnungsfähige auf:

Bei harmlosen Delikten vermindert Zurechnungsfähiger geringe Strafe, unter Umständen sogar Verzicht auf jede Strafe oder Anwendung der bedingten Verurteilung. Ist die Straftat, auch wenn sie strafrechtlich von geringer Bedeutung ist, der Ausdruck einer Gemeingefährlichkeit, deren Wurzel in der psychischen Anomalie zu erblicken ist, so kann der Richter statt der Strafe oder muß, wenn er auf die Strafe nicht verzichten zu können glaubt, neben der Strafe die Zulässigkeit sichernder Maßnahmen im Urteil aussprechen. Die beste Form der Sicherung ist die Heilung des krankhaften Zustandes. Ist diese nicht zu erreichen, so muß die Sicherheit der Gesellschaft den Interessen des Kranken voranstehen. Um aber auch den Kranken nicht ungeschützt zu lassen, sind gesetzliche Bestimmungen zu treffen, die sich im Prinzip an die Bestimmungen über die Entmündigung und an die des österreichischen Vorentwurfs für das Strafprozeßrecht anschließen. Und diesen Forderungen möchte er am Schluß noch den Wunsch anreihen, die psychologische und psychiatrische Ausbildung aller Organe der Strafrechtspflege zu fördern, damit ein gemeinsames Arbeiten ohne gegenseitiges Mißtrauen und Mißverstehen ermöglicht wird. Wir Psychiater haben mit der Aufstellung dieses Programms und mit seiner Begründung unsere Pflicht getan, es wird jetzt die Sache der Juristen sein, die gesetzliche Formulierung zu finden.

Der 2. Referent *Wilmanns*-Heidelberg begründet folgende Leitsätze:

1. Das Gebiet der verminderten Zurechnungsfähigkeit liegt weniger in den relativ seltenen, erworbenen krankhaften Veränderungen der Persönlichkeit, die wenigstens im Prinzip eine scharfe Scheidung zwischen normalen und pathologischen Seelenzuständen gestatten, als vielmehr in den unendlich verbreiteten und mannigfaltigen abnormen Veranlagungen und Charakteren, die das eigentliche Zwischengebiet zwischen Gesundheit und Krankheit darstellen. Da die Begriffe „krankhaft" und „in hohem Grade" sehr verschieden definiert werden, ist auch die Umgrenzung der krankhaft bedingten, im hohen Grade verminderten Zurechnungsfähigkeit vom subjektiven Ermessen sehr stark abhängig.
2. Die Unbestimmtheit und Unbestimmbarkeit des Begriffs verminderte Zurechnungsfähigkeit machen es unvermeidlich, daß er einerseits auf Unzurechnungsfähige, andererseits auf Zurechnungsfähige Anwendung finden wird, so daß sowohl große Härten als auch ungerechtfertigte Milden in der Rechtsprechung die Folge



sein werden. Daß die Milden überwiegend den Besitzenden zugute kommen werden, liegt auf der Hand.

3. Die Zustände im hohen Grade verminderter Zurechnungsfähigkeit sind außerordentlich verbreitet. Die Untersuchungen zahlreicher Forscher an Fürsorgezöglingen, Prostituierten, Bettlern, Landstreichern, Sittlichkeitsverbrechern und anderen gewohnheitsmäßigen und tiefstehenden Rechtsbrechern lassen erkennen, daß sie sich ungefähr zur Hälfte aus im hohen Grade vermindert Zurechnungsfähigen zusammensetzen.

4. Es liegt im Wesen der Zustände im hohen Grade verminderter Zurechnungsfähigkeit begründet, daß sie der Richter nur in Ausnahmefällen erkennen kann. Daher wird auch eine bessere Vorbildung des Richters und eine Vertiefung des richterlichen Verfahrens die Feststellung und Berücksichtigung dieser Zustände nicht erheblich fördern können.

5. Eine Berücksichtigung des Geisteszustandes vermindert Zurechnungsfähiger kann im gewöhnlichen Strafvollzuge nicht stattfinden. Das ist nur in besonderen, ausschließlich für sie bestimmten Anstalten oder Abteilungen möglich. Der Sachverständige wird jedoch nur bei einem kleinen Teile der als vermindert zurechnungsfähig erkannten Rechtsbrecher entscheiden können, ob der Angeklagte der Behandlung in einer Sonderabteilung bedürfen wird. Eine Auslese der für den gewöhnlichen Strafvollzug ungeeigneten vermindert Zurechnungsfähigen ist daher auf diesem Wege nicht möglich.

6. Von den als vermindert zurechnungsfähig erkannten Rechtsbrechern wird ein sehr großer Teil sicherungsbedürftig sein, und zwar nicht nur die gemeingefährlichen Verbrecher, sondern auch die gemeinlästigen Bettler, Landstreicher und Müßiggänger. Daß jedoch der Richter von der Möglichkeit der Verwahrung den erhofften Gebrauch machen wird, erscheint zweifelhaft. Denn der Strafrichter wird sich über die Tatsache nicht hinwegsetzen können, daß die Sicherung eine Maßregel von ungewöhnlicher Härte ist, die sich fast ausschließlich gegen den Proletarier wendet.

   Den Schwierigkeiten der Durchführung der Bestimmungen über die verminderte Zurechnungsfähigkeit dadurch aus dem Wege zu gehen, daß man ihre Anwendung fakultativ gestaltet, ist ganz verwerflich.

7. Die Erkennung und Beurteilung der Zustände verminderter Zurechnungsfähigkeit sowie die Entscheidung der Frage nach der geeigneten Behandlung, Fürsorge und Sicherung dieser geistig Minderwertigen ist nur nach gründlicher Beobachtung und Beschäftigung mit ihnen möglich, d. h. im Strafvollzug. Das erstrebte Ziel — mildere Strafe, individualisierende Behandlung im Straf-

vollzug und Sicherung, wenn es die öffentliche Sicherheit erfordert — ist erreichbar auf der Grundlage: Berücksichtigung der besonders leichten Fälle bei allen Straftaten, Reform des Strafvollzugs und Schaffung eines besonderen Sicherungsgesetzes.

M. H.! Als Berater des Gesetzgebers ist es unsere Aufgabe, ihm die Ergebnisse unserer Wissenschaft objektiv darzulegen, dabei die Grenzen unseres Wissens nicht zu verschweigen, die Schwierigkeiten hervorzuheben, die sich der Anwendung und Verwertung naturwissenschaftlicher Erfahrungen im Strafrecht entgegenstellen, die Tragweite der Gesetze zu erwägen, die sich auf psychiatrischen Grundlagen aufbauen. Von diesem Gesichtspunkte bitte ich meine Ausführungen zu verstehen.

Um Forderungen zu stellen und zu begründen, bedarf es meist weniger Worte, als um sie abzulehnen und ihre Unerfüllbarkeit zu erweisen. Ich kann daher heute nicht alles, was ich behaupte, mit Gründen belegen [1]). Ich beschränke mich darauf, das Wesentliche, was ich in den sieben ihnen überreichten Sätzen niedergelegt habe, näher zu erläutern.

Erster Satz. — Ich beginne mit Satz 1. Er bezieht sich zunächst auf die klinischen Tatbestände, die verminderte Zurechnungsfähigkeit bedingen, und spricht alsdann von der Möglichkeit einer scharfen Umgrenzung des Gebietes.

I. Die Angaben des Herrn Referenten ermöglichen es mir, meine Ausführungen auf folgendes zu beschränken. Innerhalb der Vielheit der eigentlichen „Störungen" der Geistestätigkeit, d. h. der Zustände, die sich als Äußerungen organischer Gehirnkrankheiten als etwas Neues, Fremdes auf einer mehr oder weniger normalen Persönlichkeit entwickeln, sie verändern, zerstören, innerhalb dieser psychischen Prozesse liegt das Gebiet der Unzurechnungsfähigkeit. Die Tatsache, daß eine Gehirnkrankheit mit zumeist ausgesprochener Tendenz zum Fortschreiten das eigentliche Wesen der Persönlichkeit vernichtet hat, daß eine andere, krankhaft beeinflußte sich entwickelt hat, bestimmt den Richter, die freie Willensbestimmung zumal in den Fällen für ausgeschlossen zu erachten, wo Straftat und ursprünglicher Charakter des Täters miteinander in Widerspruch stehen. Zustände v. Zkt. spielen schon wegen der relativen Seltenheit dieser psychischen Prozesse eine nur bescheidene Rolle; praktisch wichtig ist nur der chronische Alkoholismus, doch würden Personen mit leichtem epileptischen Schwachsinn, mit den ersten Störungen der senilen und arteriosklerotischen Demenz auch noch als Zge. mit geminderter Schuld zu bezeichnen sein. Innerhalb der vielgegliederten Einheit der abnormen Anlagen hingegen ziehen wir die Grenzen der Uzkt. sehr eng. Unzurechnungsfähig ist — abgesehen von den aus inneren oder äußeren Gründen erwachsenden psychischen Ausnahmezuständen und Reaktionen — nur

[1]) Eine eingehende Begründung meiner Ansichten erscheint demnächst.



die kleine Gruppe konstitutionell Abnormer, deren Regelwidrigkeit so hochgradig ist, daß sie in ihrer Wirkung auf die Willensfreiheit einer Geisteskrankheit im engeren Sinne gleichgestellt werden darf. Hier aber, auf dem eigentlichen Grenzgebiete zwischen Gesundheit und Krankheit, wo eine lückenlose Reihe von der Norm über die Regelwidrigkeit zur ausgesprochenen Krankheit führt, hier, innerhalb der pathologischen Variationen der Norm, in den krankhaften Konstitutionen, den Psychopathien, den geistig Minderwertigen, liegt das weite Gebiet der v. Zkt. Die torpiden und eretischen Imbezillen, die sogenannten moralischen Idioten, die Haltlosen, die hysterischen Charaktere, die Epileptoiden, die Zyklothymen, konstitutionell Verstimmten und Erregten, die Neurastheniker, die an Zwangsvorstellungen Leidenden, die sexuell Abnormen, Homosexuellen, Sadisten, Masochisten, Fetischisten usw. usw., sie alle können in ihrer Zkt. in hohem Grade beeinträchtigt sein, besonders bei Begehung von Handlungen, die als die Auswirkung ihrer speziellen krankhaften Eigenschaften betrachtet werden müssen.

M. H.! Das ist eine sehr wichtige Tatsache. Denn aus diesen Abnormen, den Imbezillen, Hysterikern, Epileptoiden usw. rekrutiert sich — wie ich noch zeigen werde — ein sehr großer Teil unserer gewohnheitsmäßigen Rechtsbrecher, an denen unser heutiges Strafsystem wirkungslos bleibt, aus ihnen aber auch diejenigen Verbrecher, die sich in den Strafvollzug nicht einfügen und den Beamten die allergrößten Schwierigkeiten machen. Sie sollen also künftig Gegenstand einer besonderen Behandlung im Gesetze sein. *Kahl* hat daher gewiß recht, wenn er meint, daß die Wirkung einer solchen Reform nicht nur die Peripherie, sondern vielfach zentrale Nerven des Strafrechts und Strafprozesses berührt!

II. 1. Die Tatsache, daß das eigentliche Gebiet der v. Zkt. innerhalb des unendlich weiten und vielgestaltigen Grenzgebietes geistiger Gesundheit und Krankheit liegt, hat früh zu Versuchen geführt, diesen vieldeutigen, verschwommenen und dehnbaren Begriff durch einen bestimmteren, schärferen und engeren zu ersetzen. *Krohne* wollte den — wie er meinte — „recht bedenklichen“ Ausdruck v. Zkt. durch den „klaren, fest umschriebenen und unzweideutigen“ Begriff der geistigen Minderwertigkeit ersetzen. *Aschaffenburg* hielt aber gerade diesen für eine „wenig klare Bezeichnung“; denn „geistig minderwertig“ seien die Verbrecher durchweg. *Cramer* wiederum machte sich verbindlich, „jeden Menschen für gemindert zurechnungsfähig“ zu erklären und befürwortete mit viel Wärme die Einführung des Begriffs „geistige Minderwertigkeit“. Das Ergebnis der Diskussionen war, daß uns der — um mit *Leppmann* und *Cramer* zu reden — „uferlose“ und „kautschukartige“ Begriff der v. Zkt. erhalten blieb.

2. Da es nicht gelungen war, den vagen Begriff „v. Zkt.“ durch einen schärferen zu ersetzen, bemühte man sich, ihn durch gewisse Einschränkungen für gesetzgeberische Zwecke brauchbar zu gestalten.

Der Begrenzung legte man die Dauer, das Wesen und den Grad der geistigen Minderwertigkeit zugrunde. Es ist zu untersuchen, wieweit sich diese Einschränkungen rechtfertigen lassen, und wieweit sie praktischen Wert beanspruchen dürfen.

a) *Weingart*, *Kahl* u. a. sind dafür eingetreten, den Begriff der v. Zkt. auf die Dauerzustände geistiger Minderwertigkeit zu beschränken. Logisch ist das nicht. Denn wenn schon der v. Zge. im Strafmaß milder behandelt werden soll, so ist nicht zu verstehen, warum sich nur der dauernd v. Zge. dieser Bevorzugung erfreuen soll. Gerade von *Kahl*, der vom Standpunkte der Gerechtigkeit die v. Zkt. berücksichtigt sehen will und es „als gegen das Gewissen des Strafrechts, gegen die Grundlagen des Rechtsstaates gehend" bezeichnet, daß gegen die geistig minderwertigen Verbrecher eine die Schuld übersteigende Strafe ausgesprochen wird, gerade von ihm hätte man eine solche Inkonsequenz nicht erwarten sollen. Denn diese „Gerechtigkeit" dürfte doch nicht auf die Dauerzustände beschränkt werden, sondern müßte auch den an vorübergehenden krankhaften Zuständen Leidenden widerfahren. Und wenn sich *Kahl* auf *Wollenberg*, *Koch* und *Lenz* beruft, nach denen sowohl der Rechtsbrecher als seine Angehörigen Wert darauf legen müssen, den krankhaften Strafmilderungsgrund deutlich erkennbar zum Ausdruck gebracht zu sehen, so sollte das gleiche doch auch für die in vorübergehenden Zuständen Handelnden Geltung haben müssen. *Kahl* muß daher auch zugeben, daß die von ihm empfohlene Beschränkung des gesetzlichen Begriffes auf die psychopathischen Dauerzustände lediglich praktischen Bedürfnissen entspringt. Die von ihm mehr oder weniger klar erkannte Unmöglichkeit, an allen v. Zgen. seine Vorschläge durchzuführen, zwingt ihn, irgendwo einen Schnitt zu machen, und er vollführt ihn, indem er die Anwendung der besonderen Bestimmungen auf die Dauerzustände beschränkt. Der VE. hat sich mit Recht der *Kahl*schen Willkür nicht angeschlossen, sondern konsequenterweise die Möglichkeit des Vorliegens v. Zkt. auch bei vorübergehenden psychopathischen Zuständen anerkannt. Ich kann mir daher auszuführen ersparen, zu welchen Inkonsequenzen und Widersprüchen gerade vom ärztlichen Standpunkte aus die ausschließliche Berücksichtigung der Dauerzustände führen würde.

b) Die zweite Einschränkung betrifft das Wesen der Zustände. *Aschaffenburg*, *Cramer*, *Kahl*, *Weingart* u. a. legen einen stärkeren Nachdruck auf die Krankhaftigkeit des Zustandes und betrachten ihren Nachweis als einen wesentlichen Schutz gegen die mißbräuchliche Anwendung des Begriffes. Auch der VE. sucht durch die Versicherung beruhigend zu wirken, daß „immer eine Krankheit vorausgesetzt" werde und „bloße sittliche Verirrungen geistig gesunder Menschen" als Zustände v. Zkt. nicht in Frage kommen. Aber was ist Krankheit? Krankheit ist für den Naturwissenschaftler die Abweichung von der Norm, die Norm ist der Durchschnitt, und den Durchschnitt können wir Psychiater



statistisch nicht erfassen. Mithin läuft die Entscheidung, ob eine auffällige Persönlichkeit noch gesund oder bereits krank ist, in vielen Fällen auf eine Bewertung, m. a. W. auf subjektives Ermessen hinaus. Wie unsicher die Grenzen zwischen gesund und krank sind, und wie sehr die Ansichten der Beurteiler auf diesem Gebiet auseinandergehen müssen, lehren *Kahls* eigene Ausführungen. Wenn er z. B. „den Weltverbesserungstrieb des unbelehrbaren Anachronisten“ und den „vom Größenwahn angekränkelten Anarchisten“ als krankhaft bezeichnet und diesen Zuständen als nicht krankhaft die Gelüste der Schwangeren und die Tappigkeiten und Bosheiten bestimmter Altersperioden gegenüberstellt, so dürfte er in unserem Kreise kaum damit auf Zustimmung hoffen dürfen. Gewiß muß es das Gesetz zum Ausdruck bringen, daß der Zustand v. Zkt. krankhafter Natur sein muß, schon um Anschauungen, wie sie von *Engelen* auf dem Kongreß für Kriminalanthropologie in Köln geäußert sind, ihren Einfluß auf die Rechtsprechung zu verwehren. Aber man täusche sich nicht über die Undefinierbarkeit und Dehnbarkeit des Krankheitsbegriffes. Man bleibe sich klar, daß bei der Beantwortung der Frage: Krankhaft oder gesund? das subjektive Ermessen eine große Rolle spielen muß, und daß die Entscheidung, ob „ein krankhafter Zustand“ oder eine „bloße sittliche Verirrung“ eines geistig gesunden Menschen vorliegt, vielfach auf Willkür hinauslaufen wird.

c) Einer dritten Einengung des Begriffes liegt der Grad der Beeinträchtigung der Willensfreiheit zugrunde. Auch der VE. hat diesen Weg gewählt, um das Gebiet der v. Zkt. möglichst einzuengen, und macht die gesetzliche Berücksichtigung geistig Minderwertiger davon abhängig, daß ihre freie Willensbestimmung in hohem Grade vermindert sei. Bei welchen Geisteszuständen ist die Willensfreiheit i. h. G. vermindert? Will der Gesetzgeber unter der i. h. G. v. Zkt. nur die Zustände verstehen, die an Unzurechnungsfähigkeit grenzen, wie wohl vereinzelt geäußert worden ist? Dann würde der Erfolg der ganzen Reform ein Schlag ins Wasser sein; denn die im strengen Sinne des Wortes „i. h. G. v. Zgen.“ werden nach geltendem Rechte, wie noch gezeigt werden soll, mehr oder weniger als Unzurechnungsfähige behandelt. Oder will der VE. unter dieser Bezeichnung diejenigen verstehen, die in so hohem Grade geistig abnorm sind, daß sie nicht wie Vollwertige zu strafen, nicht in dem auf den Durchschnittsmenschen abgestellten Strafvollzuge ohne Schädigung zu halten, nicht unter der gegenwärtigen Behandlung zu bessern sind? Offenbar ist das gemeint; dafür spricht die Begründung, die der Gesetzgeber den Bestimmungen gibt, und in der er Geisteszustände, wie erbliche Belastung, erwähnt, welche die Willensfreiheit nur in diesem Sinne i. h. G. vermindern können. Der Gesetzgeber will durch diese graduelle Bezeichnung nur vermeiden, daß „auch nur geringfügige geistige Defekte zu einer ausnahmweise milden Bestrafung führen können“, er will die besondere Behandlung auf die schweren Fälle geistiger Abnormität be-



hränkt wissen. Allein, daß auch trotz dieser Einschränkung das Gebiet er v. Zkt. ein unbegrenzbares und ungeheuer großes bleibt, erde ich noch zeigen.

Zweiter Satz. — Ich gehe zur Erörterung des zweiten Satzes ber. Er behandelt die Frage, wie der Begriff v. Zkt. im praktischen eben umgrenzt werden wird.

M. H.! Solange überhaupt eine Frage der v. Zkt. besteht, ist der Befürchtung Ausdruck gegeben, daß einerseits Zurechnungsfähige, andererseits aber auch Unzurechnungsfähige als v. Zge. behandelt werden könnten. Schon in der Sitzung des preußischen Staatsrates im Jahre 1845 wurde die Einführung einer besonderen Bestimmung über v. Zkt. abgelehnt, „da sie auf der einen Seite zu sehr milden Entscheidungen, aber auf der anderen Seite zu großen Härten führen würde". Sind diese Bedenken jetzt noch gerechtfertigt?

I. Zunächst: Ist zu befürchten, daß künftig Personen, die jetzt als unzurechnungsfähig freigesprochen, als v. Zge. bestraft werden? Gewiß, sowohl der Sachverständige wie der Richter werden das Gebiet der Unzurechnungsfähigkeit zugunsten der v. Zkt. enger begrenzen.

1. a) Der Sachverständige pflegt gegenwärtig, wo das Strafgesetz nur das starre Entweder — Oder kennt, kein Mittel unversucht zu lassen, über den Geisteszustand des Beschuldigten ins Klare zu kommen. Vermag er es nicht durch eigene Untersuchung, so weist er ihn zur Beobachtung in eine Irrenanstalt ein. Ob in Zukunft, besonders wo der einzelne Gerichtsarzt mit Gutachten weit mehr überladen sein wird als jetzt, mit der gleichen Sorgfalt und Gründlichkeit vorgegangen werden wird? Von vielen Seiten wird das bezweifelt, m. E. mit Recht. Die Berücksichtigung einer v. Zkt. wird die Verantwortlichkeit des Sachverständigen verringern und ihn dadurch zur Oberflächlichkeit und Unwissenschaftlichkeit verleiten.

b) Optimisten werden meinen, daß dieser Gefahr durch gründlichere Vorbildung und Arbeitsentlastung der Gerichtsärzte begegnet werden könne. Allein auch der wissenschaftliche und gewissenhafte Sachverständige, ja gerade dieser, wird den Kreis der Unzurechnungsfähigen enger fassen müssen, als er es jetzt tut, und zwar aus folgenden Gründen.

Einen Menschen, der im neurasthenischen Vorstadium der Paralyse einen Diebstahl begeht, erklären wir gegenwärtig mit Rücksicht auf die tiefgreifende Veränderung seiner Persönlichkeit für willensunfrei; daß aber in diesem Falle die normale Bestimmbarkeit durch Motive wirklich ganz ausgeschlossen ist, daß nicht doch noch Reste davon vorhanden sind, können wir nicht verbürgen. Ja, wir erklären auch einen pathologischen Schwindler für einen Betrug, einen Imbezillen für eine Unterschlagung für nicht verantwortlich, obschon wir überzeugt sind, daß er gewisse Hemmungen dem verbrecherischen Antriebe hätte entgegenwirken lassen können. Entscheidend für unser Urteil ist die Tatsache, daß diese





Hemmungen im Vergleiche zu den krankhaften Antrieben unwesentlich sind, daß — wenn man so sagen darf — der Rest von Zkt. bedeutungslos ist gegenüber der weit überwiegenden Uzkt. Künftig jedoch wird der gewissenhafte Sachverständige in allen Fällen, in denen er nicht von dem absoluten Ausschluß der freien Willensbestimmung überzeugt ist, i. h. G. v. Zkt. annehmen müssen.

Soweit es sich dabei um Imbezille, Hysteriker, pathologische Schwindler handelt, d. h. um Personen, bei denen die Straftat ihrem ursprünglichen Wesen entspringt, braucht dieser Umschwung in der Beurteilung m. E. nicht schwer genommen zu werden. Denn bei diesen Personen ist es im Grunde unerheblich, ob sie eine milde Gefängnisstrafe, zumal unter Berücksichtigung ihres Geisteszustandes, erhalten und dann in einer Sicherungsanstalt verwahrt werden, oder ob die Versorgung sofort nach erfolgtem Freispruche eintritt. Eine große Härte würde es aber sein, wenn auch beginnende Geisteskranke im engeren Sinne, Paralytiker, Schizophrene, künftig noch häufiger als jetzt schon die Folgen ihrer Erkrankung im Gefängnis büßen sollten.

2. a) Mag aber auch die Mehrzahl der Sachverständigen fernerhin an der geltenden Beurteilung beginnender Geisteskrankheiten im engeren Sinne festhalten, daß es der Richter tun wird, ist sehr fraglich. Der Richter steht einem psychiatrischen Gutachten, das einen Paralytiker im neurasthenischen Vorstadium, d. h. einen im Sinne des Laien leicht nervösen Menschen für unzurechnungsfähig erklärt, wie demjenigen eines technischen Sachverständigen gegenüber, dessen Beweisführung er ebensowenig zu kontrollieren vermag. Immerhin pflegt der Richter, wo das geltende Recht ihm nur die Wahl zwischen Freispruch und schwerer Strafe läßt, im allgemeinen die Überlegenheit des Sachverständigenurteils anzuerkennen und das Gutachten autoritativ entgegenzunehmen. Künftig aber wird — trotz der gegenteiligen Versicherungen *Kahls* — die Annahme einer v. Zkt. ein willkommener Ausweg in Fällen sein, wo das eigene laienhafte Urteil und die wissenschaftliche Anschauung des Sachverständigen miteinander im Kampfe liegen.

Wie nahe diese Gefahr liegt, zeigen Ihnen die Ausführungen auch der auf diesem Gebiete führenden Juristen ***Kahl***, ***v. Liszt***, ***v. Calker***, ***Engelen***, ***v. Gleispach*** usw., die ohne Bedenken ausgesprochene Psychosen wie beginnende Paralyse, epileptische Dämmerzustände, Intoxikationspsychosen, manisch-depressives Irresein als Zustände v. Zkt. erwähnen.

b) Aber nicht nur in den Fällen, wo der Richter, zumal der Laienrichter, der Geschworene, das Sachverständigengutachten auf seine Beweiskraft nicht zu beurteilen vermag, sondern besonders auch in denjenigen, wo Rücksichten auf die Rechtsanschauungen der breiten Masse und eigenes Gefühl gegen den Freispruch eines Geisteskranken sprechen, wird die v. Zkt. ein bequemer Ausweg sein; denn sie gestattet einerseits das Bestehen einer Geisteskrankheit anzuerkennen, andererseits dem



Rechtsbewußtsein des Volkes durch Ausspruch einer Strafe entgegenzukommen.

Kurzum, wenn von älteren Autoren *Roller*, *Nasse*, *Westphal*, *Mendel*, von jüngeren *Longard*, *Straßmann*, *Werner* die Befürchtung äußerten, daß die gesetzliche Berücksichtigung der v. Zkt. zur häufigeren Verurteilung von Geisteskranken im engeren Sinne führen würde, so wird man ihnen recht geben müssen. Daß also die großen Härten eintreten müssen, steht außer Zweifel.

II. Es bleibt nur noch die Frage zu erörtern, ob auch mit „sehr milden Entscheidungen" gerechnet werden muß. Bei ihrer Beantwortung kann ich mich kurz fassen. Erinnern Sie sich daran, daß die Domäne der v. Zkt. die abnormen Anlagen sind, ein Gebiet unendlich mannigfaltiger und verbreiteter Regelwidrigkeiten, die lediglich Variationen der Norm sind, ein Gebiet, das seinem Wesen nach unbegrenzbar ist, in dem sich wohl künstliche Grenzen ziehen lassen, aber nicht vermittelst so unbestimmter und dehnbarer Begriffe, wie sie „krankhaft" und „im hohen Grade" sind. Ist man sich klar, daß auch die auf krankhafter Grundlage erwachsene i. h. G. v. Zkt. ein Begriff mit verwaschenen Grenzen bleibt, so muß man auch damit rechnen, daß er mißbräuchlich auf Zge. angewendet wird. Insbesondere wird sich der Laienrichter bei Verbrechen, die ihren Ursprung in heftigen, aber noch normalen Affekten haben, aus Billigkeitsgründen zu der Annahme v. Zkt. bestimmen lassen. Vor allem aber werden — wie *Cramer* u. a. betonten — die Verteidiger die Dehnbarkeit und Unklarheit auszunützen bestrebt sein. Bei der ungeheuren Verbreitung kleiner psychischer Regelwidrigkeiten wird es der Dialektik eines geschickten Anwaltes nicht schwer fallen, alle die kleinen seelischen Auffälligkeiten aus der Vergangenheit seines Klienten zusammenzutragen und aus der Fülle der Abnormitäten, von denen jede einzelne für sich betrachtet belanglos ist, wird dann für den Richter überzeugend die geistige Minderwertigkeit und mit ihr die v. Zkt. konstruiert werden können. Also trotz allen Einwänden *Kahls*: Die Gefahr der Klassenjustiz liegt auf der Hand.

Dritter Satz. — Ich gehe zum Satz 3 über: Was ist über die Verbreitung der v. Zkt. zu sagen?

I. Über die Häufigkeit der v. Zkt. in der freien Bevölkerung wissen wir bisher nichts. *Cramer* und *Kielhorn* haben den Versuch gemacht, die Zahl der geistig Minderwertigen ungefähr zu berechnen; beide gehen jedoch dabei von so unrichtigen Voraussetzungen voraus, daß ich ihre Ergebnisse nicht erwähne.

II. Sehr viel besser sind wir über die Verbreitung der v. Zkt. unter den Insassen unserer Strafanstalten orientiert. Eine offizielle Statistik besitzen wir zwar nicht darüber. Die statistischen Angaben über die Häufigkeit geistig Minderwertiger bei preußischen Fürsorgezöglingen und die Mitteilungen der Leiter von Korrigendenanstalten



über die Verbreitung geistiger Mängel unter den Arbeitshäuslern sind nur geeignet, uns ein Bild von dem bedauerlichen Mangel an Verständnis zu geben, mit dem diese Anstaltsleiter ihren erzieherischen Aufgaben gegenüberstehen. Aufschluß über die Verbreitung der Zustände v. Zkt. vermögen wir uns nur aus den Arbeiten unserer Fachgenossen zu holen.

1. Ich teile Ihnen zunächst die Ergebnisse mit, soweit sie sich auf die Häufigkeit seelischer Abnormitäten beziehen, später erst soll die Rede davon sein, wieweit diese auch v. Zkt. und i. h. G. v. Zkt. bedingen.

a) Die zahlreichsten und gründlichsten Arbeiten über die Verbreitung geistiger Minderwertigkeit sind an Fürsorgezöglingen geleistet worden. Aus den Untersuchungen von *Cramer*, *Mönkemöller*, *Schnitzer*, *Rizor* und *Siefert* ersehen Sie, daß die Zahl der als geistig abnorm bezeichneten Zöglinge je nach dem untersuchten Material und der Begrenzung, die von den einzelnen Forschern der Norm gegeben wurde, zwischen 34 und 86% schwankt, die Mehrzahl von ihnen gibt etwa 50% an. Was die klinische Stellung der geistigen Regelwidrigkeiten anlangt, so handelt es sich fast ausschließlich um angeborene Defekte, um Imbezillität leichteren und schwereren Grades und um pathologische Charaktere.

b) Ähnliche Ergebnisse hatte die Untersuchung von *Sichel* an jungen Frankfurter Prostituierten. *Sichel* bezeichnet ebenfalls 68,4% als geistig krankhaft. Auch in diesem Material haben sich erworbene Mängel noch nicht entwickeln können. Die Hälfte der Abnormen ist psychopathisch und hysterisch, die andere angeboren schwachsinnig. Wenn Sie mit diesen Resultaten diejenigen von *Müller* an Kölner Prostituierten vergleichen, so finden Sie etwa die gleiche klinische Zusammensetzung. *Müller* fand zwar 80% geistig abnorm, davon aber wiederum 68% mit angeborenen Defekten, 12% mit erworbenen, und zwar mit chronischem Alkoholismus. Diese Feststellungen führen hinüber zu *Bonhoeffers* Untersuchungen an Breslauer Prostituierten — der unter 68% Abnormen 21% chronische Alkoholistinnen fand. Daß dieser Defekt sich ganz überwiegend bei den Spätprostituierten, d. h. bei denjenigen findet, die erst nach dem 25. Lebensjahre Prostistuierte wurden, war zu vermuten. Von den Frühprostituierten waren 14%, von den Spätprostituierten 46% Säuferinnen.

c) Tiefer noch als die Großstadtdirnen stehen die vagierenden Prostituierten und Landstreicherinnen. Bei sehr enger Fassung des Begriffs „krankhaft“ fand *Mönkemöller* nur 30% der Korrigendinnen des Arbeitshauses Himmelstür gesund, etwa 25% litt an angeborenen Mängeln und etwa ebensoviel an chronischem Alkoholismus. Zu diesen traten aber noch etwa 15% andere erworbene Defekte, Geisteskrankheiten und Verblödungen hinzu.

d) Ganz ähnliche Ergebnisse hatten die Untersuchungen an männlichen Korrigenden, von denen die umfassendsten von *Knörr*, *Riebeth*,



Marthen an Brandenburger Arbeitshäuslern vorgenommen wurden. Aus ihren Arbeiten geht hervor, daß unter Korrigenden vor allem die erworbenen Defekte eine sehr große Rolle spielen und neben 35% Säufern über 20% Geisteskranke gezählt wurden. Die Forschungen *Bonhoeffers* an großstädtischen Bettlern zeigen wieder das Vorherrschen des Schwachsinns unter den angeborenen, des Alkoholismus unter den erworbenen Defekten, während Geisteskranke im engeren Sinne in der Stadt leichter auffällig werden und infolgedessen unter diesen Müßiggängern mehr zurücktreten.

e) Daß aber nicht nur diese verhältnismäßig harmlosen Asozialen, sondern auch die Verbrecher von höchster Gemeingefährlichkeit eine große Zahl von Minderwertigen in ihren Reihen zählen, lehren die Arbeiten *Rüdins*, *Liepmanns*, *Többens*, *Viernsteins* und *Lumpps*.

f) Von den Untersuchungen bestimmter Verbrechertypen sind besonders *Aschaffenburgs*, *Leppmanns* und *Bonhoeffers* Studien an Sittlichkeitsverbrechern zu erwähnen. Die Resultate der drei Forscher decken sich insofern, als wiederum nur ein kleiner Teil der Untersuchten als normal bezeichnet werden konnte: *Leppmann* fand 33,3%, *Bonhoeffer* 26%, *Aschaffenburg* gar nur 22,5% geistig Gesunde. *Aschaffenburg* äußerte gelegentlich auf den Einwand, daß die besondere Behandlung und Verwahrung dieser zahllosen Abnormen ein Ding der Unmöglichkeit sei, daß gerade unter den Sittlichkeitsverbrechern ein ganz besonders hoher Prozentsatz krankhaft sei. Daß das nicht richtig ist, lehren *Bonhoeffers* Untersuchungen an 50 rückfälligen Körperverletzern; *Bonhoeffer*, der die Norm etwa in der gleichen Weise wie *Aschaffenburg* umgrenzt, fand unter ihnen ebenfalls nur 28% Normale.

Ich bin daher auch von der Richtigkeit der Ansicht *Bonhoeffers* überzeugt, daß eine psychiatrische Untersuchung an anderen gewohnheitsmäßig Antisozialen die gleichen Zahlen geistig Abnormer ergeben würde. Der naheliegende Einwand, daß die Untersucher jede kleine Abweichung vom Durchschnitt als krankhaft bezeichnet haben könnten, wird von *Aschaffenburg* bekämpft und von *Mönkemöller* und *Riebeth* überzeugend widerlegt. An der Tatsache, daß 50 bis 75% und mehr unserer Bettler, Gewohnheitsdiebe, Sittlichkeitsverbrecher usw. geistig abnorm sind, kann also nicht gezweifelt werden.

2. Bei der großen Häufigkeit geistiger Minderwertigkeiten unter den untersuchten Kriminellen wird man naturgemäß eine erhebliche Anzahl vermindert Zurechnungsfähiger unter ihnen erwarten dürfen. Nur einige der erwähnten Forscher — *Aschaffenburg*, *Bonhoeffer*, *Mönkemöller*, *Riebeth* — geben uns hierüber Auskunft. Aus ihren Berechnungen geht hervor, daß die Zahl der voll Zgen. bei den Sittlichkeitsverbrechern, Großstadtbettlern, Korrigenden und Korrigendinnen unter 50% bleibt, bei den Großstadtbettlern sogar auf 13% herabsinkt, während die Zahl der Uzgen. zwischen 12 und 22, der v. Zgen. zwischen



28,5 und 75% schwankt. Der Einwand, daß der Begriff v. Zkt. auf alle festgestellten Minderwertigkeiten angewandt sei, trifft allenfalls auf die *Bonhoeffer*schen Zahlen zu, nicht aber auf die Feststellungen der übrigen Forscher. *Aschaffenburg* rechnet sogar unter seine 99 voll Zgen. nicht weniger als 20 Imbezille, 17 Epileptiker, 10 Neurastheniker, Psychopathen und Hysteriker und 7 Trunkenbolde und nur 45 Gesunde, von denen noch 12 betrunken waren.

3. Da aber trotzdem der Einwurf gemacht werden könnte, daß diese Zahlen zwar die v. Zgen., nicht aber die im VE. allein berücksichtigten i. h. G. v. Zgen. wiedergeben, so habe ich eine Anzahl Forscher ausdrücklich um Angaben über die Verbreitung der i. h. G. v. Zkt. im Sinne des VE. gebeten: die Zahlen schwanken zwischen etwa 35 und 63%.

Vierter Satz. — M. H.! Daß der Sachverständige künftig eine unübersehbare Zahl von Personen als v. Zge. bezeichnen wird, daß besonders die Armeen unserer gewohnheitmäßig Asozialen und Antisozialen zur guten Hälfte dazu gerechnet werden müssen, glaube ich überzeugend nachgewiesen zu haben. Die konsequente Durchführung der Bestimmungen wird also davon abhängen, ob der Rat der Sachverständigen auch in der Mehrzahl der einschlägigen Fälle eingeholt werden wird. Dann fällt aber die Frage: „Ist eine einigermaßen gleichmäßige Anwendung der Bestimmungen über die v. Zkt. zu erwarten?" mit einer anderen zusammen: „Wird der Richter imstande sein, das Bestehen dieser geistigen Regelwidrigkeiten im Strafverfahren zu erkennen?" Damit kommen wir zu Satz 4.

1. Daß der Untersuchungsrichter im heutigen Prozesse der Persönlichkeit des Täters, seinen intellektuellen und moralischen Anlagen, den Einflüssen der Umwelt, seiner Erziehung und seiner Entwicklung nur wenig Beachtung schenken kann, wird niemand bestreiten. Das liegt nicht allein an dem geltenden Recht, das — wie das Schlagwort lautet — die Tat bestraft und nicht den Täter, auch nicht an der dem Durchschnittsrichter eigenen Interesselosigkeit an psychologischen Problemen, sondern an der praktischen Unmöglichkeit, sich die Grundlagen für die Beurteilung einer Persönlichkeit in kurzer Zeit zu verschaffen. Aber selbst, wo das in Ausnahmefällen geschehen kann, ist dadurch noch keine Garantie dafür geboten, daß der Richter in der Hauptverhandlung die aktenmäßig niedergelegten Tatsachen sinnvoll verwertet und das Gebahren, das der Angeklagte in dieser ungewöhnlichen und erregenden Situation an den Tag legt, richtig versteht, daß m. a.W. der Eindruck der Tat und der Eindruck des Täters ihn nicht zu Trugschlüssen verleitet. Dieser Gefahr muß der Richter um so häufiger unterliegen, als er die Strafsache oft in einer Eile und Flüchtigkeit erledigen muß, die hart an das grenzt, was noch mit der Würde des Gerichtes vereinbar ist. Kurzum, man wird *v. Liszt*, *v. Calker*, *Finger*, *Mittermaier*, *Aschaffenburg* u. v. a. recht geben müssen, eine Beurteilung des Charakters und der Gesinnung ist dem Richter in der Mehrzahl der Fälle nicht möglich.



2. Es wird freilich der Einwand gemacht werden können: Was für die Beurteilung eines Durchschnittsverbrechers gilt, trifft nicht ohne weiteres für die Erkennung geistiger Abnormitäten zu. Der Einwand ist richtig, soweit es sich um sinnfällige Geisteskranke handelt, falsch, soweit die geistige Abnormität weniger aufdringlich in Erscheinung tritt. Der Richter wird Zweifel an der geistigen Gesundheit und Zurechnungsfähigkeit eines Beschuldigten hegen, wenn der Täter sich selbst als geisteskrank bezeichnet oder von einem Dritten als solcher beurteilt wird, wenn das Verhalten oder die Äußerungen des Rechtsbrechers irgendwie ungeordnet oder auffällig sind, wenn die Tat als solche oder unter Berücksichtigung des Täters, seiner Anlagen, Erziehung, Umgebung, Stellung, kurz seiner Gesamtpersönlichkeit uneinfühlbar, unverständlich ist. Handelt es sich aber um einen alltäglichen Rechtsbruch, etwa um einen Gelegenheitsdiebstahl oder um eine Körperverletzung, wurde er von einem Menschen begangen, bei dem die Tat unter Berücksichtigung seiner gesellschaftlichen Stellung und seines Berufes nicht aus dem Rahmen seiner Persönlichkeit herauszufallen scheint, gibt er vielmehr ohne Umschweife geordnete Auskunft über seine Person und seine Handlungen, gesteht er seine Straftat ohne Zögern zu, und macht er selbst nicht den Versuch, seine Zurechnungsfähigkeit in Zweifel zu setzen, so liegen für den Richter keinerlei Gründe vor, an der vollen Verantwortlichkeit des Täters zu zweifeln. Die Folge davon ist, daß gegenwärtig unzählige, an schweren, zu bleibenden, tiefgreifenden Defekten führenden Erkrankungen leidende Personen jahraus jahrein von Strafanstalt zu Strafanstalt wandern und Dutzende von Gerichtsverhandlungen über sich ergehen lassen, ohne daß je ein Richter den Verdacht auf das Bestehen einer Geisteskrankheit faßt. Wie aber müssen sich die Justizirrtümer häufen, wenn nicht nur die verhältnismäßig seltenen, zumeist auffälligen Zustände, welche die freie Willensbestimmung ausschließen, vom Richter berücksichtigt werden sollen, sondern auch die unendlich verbreiteteren, in ihren Äußerungen zumeist weit weniger auffallenden Zustände v. Zkt!

3. Man könnte einwenden, daß das richterliche Verfahren einer Vertiefung und Verbreiterung fähig sei, daß eine gründlichere Vorbildung des Richters, eine eingehendere Beschäftigung mit dem Beschuldigten, die Erkennung auch der leichteren Formen geistiger Störung gewährleisten würde. Allein alle diese Vorschläge können nur Rechtsbrechern zugute kommen, die eine Straftat von einiger Erheblichkeit begangen haben; die kleine Kriminalität wird stets die summarische und oberflächliche Behandlung erfahren müssen, die ihr heutzutage zuteil wird. Auch bei gründlicherer psychologischer Vorbildung wird der Richter in einer sehr erheblichen Zahl von Fällen v. Zkt. nicht einmal den Verdacht auf das Vorliegen eines solchen Zustandes fassen.

4. Von verschiedenen Seiten ist eine ständige Hinzuziehung des ärztlichen Sachverständigen zu den Verhören und Verhandlungen



gefordert worden. Aber — ganz abgesehen von den vielen Einwänden, die man gegen diesen Vorschlag machen kann — wesentlich gefördert würde auch dadurch die Erkennung der geistigen Minderwertigkeit nicht. *Aschaffenburg* hat wiederholt mit Recht darauf hingewiesen, wie schwierig die Erkennung des angeborenen Schwachsinns im Laufe der Untersuchung oder Verhandlung sei. Und dabei sind gerade die mit intellektuellen Mängeln Behafteten diejenigen v. Zgen., die dem Arzte sowohl wie dem Richter noch am leichtesten als krankhafte Persönlichkeiten auffallen werden. Sehr viel schwieriger wird jedenfalls die Erkennung und Beurteilung einer geistigen Regelwidrigkeit, wenn sie sich weniger in intellektuellen als vielmehr in *affektiven* Mängeln äußert. Affektive Abnormitäten spielen jedoch als Zustände v. Zkt. eine große Rolle, und gerade diese — die sogenannten eretischen Imbezillen, die hysterischen Charaktere, die Epileptoiden — kurzum gerade diejenigen, um derentwillen die Einführung besonderer Bestimmungen in das Strafgesetzbuch gefordert wird, gerade sie werden zumeist auch dann nicht erkannt werden, wenn ein psychiatrischer Sachverständiger zu jeder Hauptversammlung zugezogen werden sollte. Denn, wie *Aschaffenburg* an einer Stelle richtig bemerkt, die Feststellung dieser Zustände durch den Arzt wird in der Regel nicht bei der ersten Untersuchung möglich sein, sondern erst im Laufe längerer Beobachtung. Der gewissenhafte Sachverständige wird daher die Verantwortung einer Entscheidung sehr oft nicht auf sich nehmen können und den Beschuldigten zu längerer Beobachtung einer Irrenanstalt überweisen müssen. *Hoppe* vertritt sogar den Standpunkt, überhaupt in allen Fällen, in denen v. Zkt. in Frage kommt, auf Anstaltsbeobachtung anzutragen, da die Beurteilung dieser Grenzfälle stets Schwierigkeiten machen werde. Der Vorschlag ist gewiß durchaus folgerichtig, praktisch aber mit Rücksicht auf die Verbreitung der Zustände natürlich undurchführbar.

5. Mag aber die Entscheidung, ob v. Zkt. vorliegt oder nicht, vom Gerichtsarzte oder vom Irrenanstaltsarzte gefällt werden, stets wird ein gründliches Studium des Beschuldigten vorausgehen müssen. Dieses wird aber nur in Ausnahmefällen möglich sein, nämlich einmal bei dem vermögenden Rechtsbrecher, dessen Verteidiger schon dafür sorgen wird, daß die geistigen Mängel richtig erkannt und gewürdigt werden, und dann bei Rechtsbrüchen von einiger Erheblichkeit. Wie sich diese in ihrer Häufigkeit zu den kleineren Vergehen verhalten, zeigt Ihnen die Kriminalstatistik. Aus ihr ersehen Sie, daß etwa 190 000 Strafen unter 3 Monaten Gefängnis, etwa 70 000 Strafen von 3 Monaten Gefängnis bis zu lebenslänglichem Zuchthaus gegenüberstehen. Weitaus die Mehrzahl aller Strafen — von denjenigen wegen Übertretung ganz abgesehen — richten sich gegen leichte Vergehen. Eine Erkennung und Berücksichtigung der v. Zkt. kann demnach in der Mehrzahl aller Straftaten überhaupt nicht in Frage kommen. Ich teile demnach auch in diesem Punkte die Ansicht *Aschaffenburgs*, die er gelegentlich einer Diskussion



·er die Abschaffung des Strafmaßes äußerte, daß der Richter die Zuände v. Zkt. zum großen Teile nicht festzustellen vermag.

M. H.! Folgende Tatsachen sind demnach erwiesen. Die geistigen egelwidrigkeiten, die v. Zkt. bedingen, liegen zumeist in einem Gebiete, o ein scharfer Gegensatz zwischen Krankheit und Gesundheit nicht beeht, und wo die Grenzbestimmung zwischen Norm und abnorm vom subektiven Ermessen stark beeinflußt wird. Das Gebiet der v. Zkt. ist uneheuer ausgedehnt, und auch die Einschränkung des gesetzlichen Begriffs uf krankhafte Zustände, die im hohen Grade die freie Willensbestimmung ermindern, wird nicht verhindern, daß etwa die Hälfte unserer Gewohnheitsverbrecher, Vagabunden, Prostituierten und Fürsorgezöglinge darunterällt. Die Flüchtigkeit des richterlichen Verfahrens zumal bei kleineren Vergehen, besonders aber die klinische Eigenart der Zustände v. Zkt. bringen es mit sich, daß sie nur in einem kleinen Bruchteile der einschlägigen Fälle erkannt und berücksichtigt werden können. Und schließlich besteht bei der Dehnbarkeit, Unklarheit und Verschwommenheit des Begriffes die Gefahr mißbräuchlicher Anwendung in hohem Maße.

M. H.! Mit diesen Feststellungen ist die Frage, ob die verminderte Zurechnungsfähigkeit im Strafgesetze berücksichtigt werden soll, für mich erledigt. Ich könnte daher davon absehen, auf die Behandlung der v. Zgen. im Strafvollzug und auf die Sicherung der Gemeingefährlichen einzugehen. Da aber *Kahl* u. a. die gesetzliche Einführung des Begriffs gerade damit begründen, daß nur so die individualisierende Berücksichtigung und die nachfolgende Sicherung der geistig Minderwertigen gewährleistet werden könne, so ist auch dieser Punkte noch mit wenigen Worten zu gedenken.

Fünfter Satz. — Der VE. bestimmt, daß die Freiheitsstrafen an v. Zgen. unter Berücksichtigung ihres Geisteszustandes und, soweit es dieser erfordert, in besonderen, für sie ausschließlich bestimmten Anstalten oder Abteilungen vollstreckt werden.

1. Also ein Teil der v. Zgen. soll in den gewöhnlichen Strafvollzug kommen, aber die Strafe soll unter Berücksichtigung ihres Geisteszustandes vollstreckt werden. Individualisierende Behandlung ist ein beliebtes Schlagwort in den Kreisen der Strafvollzugsbeamten, aber nicht viel mehr als das. Ein vorschriftsmäßiger Strafvollzug und eine individualisierende Behandlung sind miteinander unvereinbare Dinge, wenigstens wenn unter Individualisieren das verstanden wird, was wir darunter verstehen. Und dann, wer soll den v. Zgen. diese besondere Berücksichtigung angedeihen lassen? Etwa die Anstaltsleiter, die in Preußen zum überwiegenden Teile Unteroffiziere ohne Fachausbildung sind? Vielleicht in den 10 Minuten, die der Beamte nach *Krohnes* Anordnung jedem Gefangenen monatlich widmen soll? Oder die Aufseher, die — wie *Krohne* sich äußerte — „einfachen, schlichten Menschen", denen es nach seinem eigenen Geständnis sehr schwer fällt, beizubringen, daß ein Untersuchungs-



gefangener anders als ein Strafgefangener behandelt werden muß? Oder gar der Arzt, der in den Gefängnissen im Nebenamt tätig ist und selbst an der Minderwertigenabteilung in Brandenburg ein chirurgischer Spezialist ohne jede psychiatrische Vorbildung ist?

Nein, eine individualisierende Behandlung im gewöhnlichen Strafvollzuge ist an sich ein Unding.

2. Aus diesem Grunde sieht ja auch der VE. die Möglichkeit einer Verwahrung in ausdrücklich für v. Zge. bestimmten Abteilungen oder Anstalten vor. Aber, um sie dort unterbringen zu können, muß der Sachverständige mit einiger Wahrscheinlichkeit voraussagen können, daß sie dieser besonderen Behandlung auch bedürfen. Und wie oft wird er das können? Gewiß, wenn es sich um Epileptiker, um schwere Psychopathen oder gar um Personen handelt, die bereits in früheren Fällen ihre Anpassungsunfähigkeit an den gewöhnlichen Strafvollzug bewiesen haben, dann wird die Entscheidung für den Sachverständigen nicht allzu schwer sein. Aber wie unsicher ist unsere Prognose in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle, über die wir uns künftig äußern müßten! Wie oft beobachten wir, daß einerseits die schwersten Fälle geistiger Minderwertigkeit den Strafvollzug überraschend gut überstehen, und wieviel häufiger noch, daß anscheinend kaum vom Durchschnitt Abweichende unter ihm zusammenbrechen! Also die Gefahr besteht, daß — je nachdem die Sachverständigen mit größerer oder geringerer Liberalität den Strafvollzug in Sonderabteilungen empfehlen werden — sich diese mit Personen füllen, die dieser Rücksicht nicht eigentlich bedürften, oder aber, daß auch die wenigen vom Richter als v. Zge. erkannten nach wie vor im Strafvollzug das Kreuz der Beamten bleiben.

3. Aber setzen wir den Fall: der Gefangene sei auf das Gutachten des Sachverständigen in eine Sonderabteilung verbracht worden, welche besondere Behandlung wird ihm dort zuteil werden? Wer sich ein Bild davon machen will, besuche die Abteilung für Minderwertige in Brandenburg oder lese den Bericht ihres früheren Arztes *Kluge* und erinnere sich, daß er sowohl wie *Staiger* erklärt haben, ohne scharfe Disziplinarstrafen bei der Behandlung der geistig Minderwertigen nicht auskommen zu können.

Kurzum, wenn wir den v. Zgen. eine ihrer Eigenart entsprechende Behandlung gewähren wollen, so bedarf es zunächst einer durchgreifenden Reform des Strafvollzuges.

Sechster Satz. — Und nun endlich noch einige Worte zu dem letzten Satz, der die Sicherungsmaßregeln betrifft. Ich führe nicht weiter aus, warum das Gericht über die Notwendigkeit der Sicherung in vielen Fällen überhaupt kein Urteil abgeben kann, betone nicht nochmals die Gründe, weshalb Heil- und Pflegeanstalten nicht zur Verwahrung v. Zger. dienen können, gehe nicht auf die Schwierigkeiten ein, die sich einer dauernden Verwahrung gewisser v. Zger. entgegenstellen, übergehe



ch die finanziellen Lasten, welche die Zurückhaltung gemeingefährlicher, ergischer und intellektuell nicht wesentlich geschädigter Verbrecher in nstalten ohne Übelscharakter machen muß; nur einige Bedenken allem einer Natur sollen noch geäußert werden.

1. Wir vergleichen die Sicherung v. zger. Verbrecher gern mit der erwahrung gemeingefährlicher Geisteskranker. Allein der Vergleich rifft nicht ganz zu. Geisteskrankheiten entwickeln sich ganz überwiegend us inneren Ursachen; Zustände v. Zkt. sind in vielen Fällen das Produkt us krankhafter Veranlagung und Milieuschäden, die den abnormen Keim erst zur Entfaltung und Entwicklung brachten. Geisteskranke verwahren wir vorwiegend aus Individualursachen; ein Paralytiker, ein Katatoniker ist absolut unfähig, sich in Freiheit zu halten; zur Zurückhaltung eines Imbezillen, eines Epileptoiden zwingen uns in einer großen Zahl von Fällen in erster Linie Sozialursachen; gelänge es uns, für sie verständnisvolle Behandlung und geeignete Arbeit zu finden, so könnten sie ebenso wie viele andere ähnlich Geartete auf beschränktem Gebiete Ordentliches leisten, und von ihrer Sicherung dürfte abgesehen werden. Soziale Ursachen sind es aber endlich, die den Minderwertigen überhaupt erst kriminell werden lassen; der vermögende Imbezille erfreut sich zumeist der Achtung seiner Mitbürger.

Also kurz gesagt: Die Sicherungsmaßregeln wenden sich gegen den vermögenlosen v. Zgen, da der besitzende vor der Gefahr der Verwahrlosung und Kriminalität leichter als jener geschützt werden kann. Die Schuld wird bei beiden durch die gleiche Strafe vergolten. Nach ihrer Vollstreckung kommt der eine in Freiheit oder in die Obhut der Familie, der andere aber hat eine Freiheitsentziehung zu gewärtigen, die unter Umständen weit schwerer zu ertragen ist als die überstandene Strafe. M. H.! An diesen Tatsachen wird m. E. die reichliche Anwendung der Sicherungsmaßregeln, die *Kahl* u. a. erwarten, scheitern.

Aber noch eins: Die Verwahrung des zu einer milden Strafe Verurteilten soll erfolgen, „wenn es die öffentliche Sicherheit erfordert". Was heißt das? Erfordert es die öffentliche Sicherheit, daß beispielweise ein Bettler, ein Landstreicher verwahrt wird? Im allgemeinen wohl nicht. Wenn nun aber ein derartiger asozialer Müßiggänger einen Diebstahl begeht? Auch dann wird man kaum von einer Gefährdung der öffentlichen Sicherheit sprechen können. Man wird also den v. zgen. Bettler oder Dieb milder strafen und laufen lassen?! Sie sehen, das wird erst recht nicht möglich sein; daß ein Müßiggänger milder bestraft wird als ein Vollwertiger, der aus Not, vielleicht in unverschuldeter Arbeitslosigkeit stahl, widerstrebt dem Rechtsgefühl der weitesten Kreise. Man wird also auch den v. zgen. Bettler, der eine Körperverletzung, einen Diebstahl begangen, da die Gefahr des Rückfalls sehr groß ist, auf unabsehbare Zeit verwahren müssen. Das bedeutet die dauernde Sicherung von etwa 30- bis 40 000 professionellen Bettlern und Landstreichern!



3. Solche Fälle mögen *Kahl* und *Aschaffenburg* vorgeschwebt haben, als sie als einen Ausweg aus diesen Schwierigkeiten empfahlen, die Anwendung der Bestimmungen über die v. Zkt. fakultativ zu gestalten, es dem Ermessen des Richters zu überlassen, wie er den Rechtsbrecher behandeln will. Das ist aber ein Kompromiß von so bedenklichen Konsequenzen, daß ihn der VE. mit Recht entschieden abgelehnt hat und ich es für ausgeschlossen halte, daß eine Volksvertretung ihn je zum Gesetze erheben wird.

Siebenter Satz. — M. H.! Mein Thema lautete: Die v. Zkt. im VE. Es ist daher nicht mehr meine Aufgabe, im einzelnen auszuführen, in welcher Weise das unbedingt erstrebenswerte Ziel — Berücksichtigung der v. Zgen. im Strafvollzuge, ihre Sicherung nach Ablauf der Strafe, soweit sie gefährlich sind — ohne Gefährdung der Rechtssicherheit erreicht werden kann. Nur die Richtung, in welcher die Reform sich bewegen müßte, erlauben Sie mir noch anzudeuten.

1. Vorausschicken will ich, daß *Longard* u. a. hervorhoben, daß der Kreis der Unzurechnungsfähigkeit weiter gefaßt werden könne, wenn der Richter die Garantie hätte, daß der freigesprechene Geisteskranke im Falle seiner Gefährlichkeit auch in einer Anstalt verwahrt werden könnte. Diese Gewähr bietet der VE., und auch ich bin überzeugt, daß die Zahl der wegen Geisteskrankheit Freigesprochenen allmählich wachsen wird, viel mehr als der VE. auf Grund mißverstandener Angaben *Heilbronners* annimmt. Denn der Begriff der Zurechnungsfähigkeit ist kein feststehender, sondern im höchsten Maße entwicklungsfähiger, seine Umgrenzung ist abhängig von dem kulturellen und wissenschaftlichen Niveau des Volkes. Wie schnell die Entwicklung vor sich geht, werden die Älteren von Ihnen, meine Herren, aus eigener Erfahrung bestätigen und *Straßmann* zugeben müssen, daß die Fälle, mit denen *Kirn* vor 15 Jahren die Notwendigkeit des gesetzlichen Begriffs „v. Zkt." zu begründen suchte, daß diese Fälle heutigen Tages zumeist zu den Uzgen. gerechnet werden würden.

2. Also ein Teil der i. h. G. v. Zgen. würde auch ohne Einführung der v. Zkt. einer besonderen Behandlung und Sicherung teilhaftig werden können. Die große Masse freilich nicht. Ihre Erkennung und Berücksichtigung ist nur von der Stelle aus möglich, wo Zeit und Gelegenheit dazu gegeben ist, nämlich, wie besonders *Mendel* und später auch *Bonhoeffer* mit Nachdruck betont haben, im Strafvollzug.

Die Entwicklung unserer Ziele wäre somit auf folgenden Grundlagen möglich:

a) Berücksichtigung mildernder Umstände oder besonders leichter Fälle bei allen Straftaten.

b) Reform des Strafvollzugs an Haupt und Gliedern.

c) Schaffung eines Sicherungsgesetzes.

3. So würden künftig die geistigen Mängel, soweit sie der Richter zu erkennen vermag, ebenso wie hochgradiger Affekt, Verführung, Not,

offenes Geständnis, Reue über die Tat, bei allen Straftaten mildernd im Strafmaß berücksichtigt werden können. An die Stelle der dilettantenhaften Verquickung von Verwalter, Landwirt, Fabrikant und Kerkermeister würde künftig der wissenschaftlich gebildete Strafvollzugsbeamte treten müssen. Der Strafvollzug würde nicht mehr ausschließlich der Übelszufügung dienen, sondern dem Studium des Rechtsbrechers, der Erforschung der Ursachen seines Scheiterns, der Suche nach Möglichkeiten, ihn vor Rückfällen zu schützen, d. h. der Einleitung einer individualisierenden Fürsorge, wie sie bisher nicht besteht, da sie nur auf Grund eines Erfassens der Persönlichkeit möglich ist. Hier im Strafvollzuge wird der Ort der Auslese der aus körperlichen Gründen Siechen sowie der infolge geistiger Mängel zu einer selbständigen sozialen Lebensführung Untauglichen sein. Hier erst kann die von *Kraepelin* als ideal hingestellte Auflösung der Rechtsbrecher in ihre klinischen Gruppen geschehen, d. h. die Entscheidung stattfinden, in welcher Weise die Fürsorge für den v. Zgen. stattfinden soll, ob die einfache Überwachung genügt, ob die Verwahrung in einer der freiwilligen Arbeiterkolonie entsprechenden Anstalt mit möglichst freier Behandlung wünschenswert oder ob die Einsperrung in einem sogenannten festen Hause nicht zu umgehen ist. Die Sicherung muß aber mit allen Garantien richterlicher Unabhängigkeit umgeben und an ein der Entmündigung nachgebildetes Verfahren gebunden sein.

4. Auf diese Weise wird verhütet, daß unsere Rechtsprechung plötzlich durch Einführung eines so bedenklichen Begriffs Gefahr läuft, in ihren Grundfesten erschüttert zu werden, und dafür gesorgt, daß eine allmähliche Entwicklung der Sicherung gemeingefährlicher v. Zger. stattfindet. Es wird verhindert, daß Maßregeln in das Strafgesetzbuch hineingetragen werden, die streng genommen nichts mit ihm zu tun haben, und daß der Richter vor Aufgaben gestellt wird, die er nicht zu lösen vermag. Und gerade denjenigen von Ihnen, denen die Abschaffung des Strafmaßes als Ideal vorschwebt, eben weil der Richter die Persönlichkeit des Rechtsbrechers nicht zu erfassen vermag, müßte diese Lösung des Problems der v. Zkt. als die befriedigendste, ja als die einzig mögliche erscheinen. —

Es wird beschlossen, die Besprechung der Referate mit der der beiden folgenden Vorträge zu vereinigen.

Reiß-Tübingen: Über verminderte Zurechnungsfähigkeit bei Schwerverbrechern.

Von den 131 Gefangenen des Zuchthauses zu Ludwigsburg, die Vortr. eingehend untersucht hat, erwiesen sich nur 43 als einigermaßen normal, selbst wenn man ethische Defekte ganz außer Acht läßt. Unter den zurückbleibenden 88 lassen sich 36 als besonders schwer defekt herausheben. Sie würden bei engster Einschränkung der v. Zkt. unter diesen



Paragraphen fallen. Aber trotzdem es sich bei ihnen um schwer pathologische Menschen handelt, ist nur 12 mal vor Gericht an ärztliche Begutachtung gedacht und nur 6 mal v. Zkt. anerkannt worden. Die Veranlassung zur Begutachtung war in 4 Fällen die vorausgegangene Gefängnispsychose. Von den zurückbleibenden 52 mit deutlichen pathologischen Erscheinungen sind überhaupt nur 2 gerichtsärztlich untersucht und nur bei einem seine pathologische Persönlichkeit berücksichtigt worden. Diese Tatsachen lehren, daß die Erkennung der v. Zkt. im Gerichtsverfahren vor der Hand nur vom Zufall abhängig ist, und zeigen, welche Schwierigkeiten einer praktischen Anwendung des Paragraphen über die v. Zkt. heute wenigstens noch entgegenstehen. Noch deutlicher lehrt das der Strafvollzug. Von den 52 pathologisch Veranlagten, die nicht mehr zu den v. Zgen. gerechnet wurden, haben sich nur 23 in der Strafanstalt ordentlich geführt. Neben schwierigen, unbotmäßigen Elementen, teilweise mit Beeinträchtigungsideen, finden sich 13, die richtige Gefängnispsychosen durchgemacht haben. So bleibt bei enger Fassung der v. Zkt. ein großer Prozentsatz (etwa die Hälfte) der schwierigen Elemente im Strafvollzug zurück. Soll das vermieden werden, so müßten alle Verbrecher mit ausgesprochenen pathologischen Zügen zu den v. Zgen. gerechnet werden. Damit entzögen wir aber drei Viertel der Zuchthausinsassen dem normalen Strafvollzug, was natürlich ausgeschlossen ist. Ähnliches ergibt sich für die Sicherung der Gesellschaft. Denn während ein ziemlich großer Prozentsatz der schwer Defekten, als v. Zge. angenommen, verhältnismäßig harmlos ist, finden sich gerade unter den pathologisch Veranlagten, die bei enger Fassung nicht unter die v. Zgen. fallen, viele der schwer gemeingefährlichen Gewohnheitsverbrecher. So kann uns die Einführung des Paragraphen über die v. Zkt. wenigstens bei den Schwerverbrechern praktisch weder für den Strafvollzug noch für die Sicherung der Gesellschaft einen Erfolg versprechen.

Wollenberg-Straßburg: Über psychiatrische Sachverständigentätigkeit mit besonderer Berücksichtigung der Minderzurechnungsfähigen.

Seit der Hallenser Tagung dieses Vereins vor 16 Jahren hat das Studium der psychischen Grenzzustände eine ziemlich klare Vorstellung von dem für die verminderte Zurechnungsfähigkeit in Betracht kommenden klinischen Material und der Vorentwurf des Strafgesetzbuches eine bestimmte Umschreibung des Begriffs der verminderten Zurechnungsfähigkeit gebracht. Die in Betracht kommenden praktischen Fragen werden sich zumeist erst lösen lassen, wenn der Entwurf Gesetz geworden ist. Doch gibt es immerhin einige Möglichkeiten, jetzt schon zu einer ungefähren Schätzung der Wirkung des § 63² zu kommen. Die Vorredner haben dieses an ihrem Material gezeigt; Vortr. hat zu diesem Zweck 106 Fälle, die in den letzten Jahren in der Straßburger Klinik strafrechtlich begutachtet wurden, retrospektiv durchgearbeitet, um auf diese Weise ein Urteil

darüber zu gewinnen, wie oft der Begriff der verminderten Zurechnungsfähigkeit im Sinne des § 63[2] wohl Anwendung finden könnte. Nach Abzug von 3 Fällen, in denen ein non liquet angenommen werden mußte, ergaben sich 30, die schlechthin als zurechnungsfähig begutachtet wurden, 25 unzurechnungsfähige, wozu aber noch 11 mit erheblichen Zweifeln kommen, und endlich 37 Fälle, die zwar zurechnungsfähig, aber mit mehr oder weniger erheblichen psychischen Mängeln behaftet waren und mit mildernden Umständen verurteilt wurden. Es stehen also den 36 Unzurechnungsfähigen 67 Zurechnungsfähige gegenüber, die aber auch noch die 37 in irgendeiner Richtung minderwertigen enthalten. Die gegebenen Zahlen entsprechen annähernd auch den Prozentziffern.

Diese Gruppe von 67 Fällen hat der Vortr. durchgearbeitet, um festzustellen, welche von ihnen im Sinne des Vorentwurfs als vermindert zurechnungsfähig anzusehen wären. Dabei ergaben sich unter den 37 Minderwertigen nur 11, bei denen von einer in hohem Grade verminderten Zurechnungsfähigkeit gesprochen werden konnte, und davon gingen noch 4 ab, die der Unzurechnungsfähigkeit ganz nahe standen. Demgegenüber stehen 26, bei denen noch psychische Mängel von einer gewissen Erheblichkeit vorhanden waren, und 30, bei denen auch davon nicht die Rede sein konnte.

Diese Zahlen sind sehr klein, wenn man sie mit den von den Vorrednern gewonnenen vergleicht. Dies liegt vielleicht an dem benutzten Material, welches eine verhältnismäßig große Zahl ganz leichter psychischer Abweichungen enthält. Die obigen Angaben bedürfen demnach der Nachprüfung an einem größeren und vielseitigeren Material, sie sind aber an sich doch auch nicht ohne Interesse, da sie zu beweisen scheinen, daß die gefürchtete ungeheure Ausdehnung der verminderten Zurechnungsfähigkeit dann nicht eintreten wird, wenn dieser Begriff eng genug gefaßt wird. Dazu ist allerdings eine Sicherheit der Beurteilung und ein Maß der Erfahrung notwendig, welches besonders tüchtige psychiatrische Sachverständige voraussetzt.

In seinen weiteren Ausführungen polemisiert der Vortr. unter Hinweis auf die Zahl von Exkulpierungen wegen Geisteskrankheit gegen die Vorwürfe, welche der psychiatrischen Sachverständigentätigkeit noch in neuester Zeit im Reichstag erhoben worden sind, und geht dann speziell auf einige Punkte ein, die von großer praktischer Bedeutung sind, nämlich: die Auswahl der psychiatrischen Sachverständigen durch die Gerichte, die psychiatrische Ausbildung der Ärzte und Richter, endlich die Aufklärung des Publikums in psychiatrischen Dingen.

(Der Vortrag wird an anderer Stelle ausführlich veröffentlicht.)

Vor der Diskussion bemerkt der Vorsitzende als Darlegung der bisherigen Tätigkeit des Vereins in der Richtung der geminderten Zurechnungsfähigkeit: In Stuttgart wurde 1910 in These III (A. Z. 68,



S. 544) bei Angeschuldigten mit mäßigen psychischen Mängeln, die der Gruppe v. Zger. zugeteilt werden können, nur verlangt: möglichste Freiheit des Richters, weitere eingehende Erwägungen über die praktischen Sicherungsmaßregeln, dabei wurde Ausbildung von Hilfs- und Fürsorgemaßnahmen betont. Darauf konnten sich auch die einigen, die Gegner der bisherigen Vorschläge über die Abgrenzung und strafrechtliche Behandlung der sogenannten gemind. Zgen. waren. Diesmal sind formulierte Sätze nur von Herrn *Wilmanns* zur Sitzung vorgelegt. Diese Sätze erwähnen in den ersten Nummern außer den statistischen Angaben die Schwierigkeiten für Richter und Sachverständige, die wohl anerkannt werden können, ohne zur grundsätzlichen Ablehnung der bisherigen gesetzgeberischen Vorschläge zu führen. Die These 7 verdient daher das besondere Augenmerk in der jetzt zu eröffnenden Diskussion.

Schäfer-Hamburg gibt einen statistischen Beitrag zu der Frage, wieviel Plätze nötig sein würden, wenn man „Zwischenanstalten" für vermindert Zurechnungsfähige einführen würde. Unter den ca. 6000 in den Hamburger Gefängnissen und Irrenanstalten untergebrachten Personen sind nach den Angaben der (psychiatrisch gebildeten) Ärzte ca. 300 vermindert Zurechnungsfähige. Für diese Zahl mindestens würden also Plätze in einer „Zwischenanstalt" vorzusehen sein. Ref. nimmt an, daß die Zahl noch erheblich größer sein würde.

Prof. *v. Calker*-Straßburg spricht den Referenten herzlichen Dank für die Anregungen, die er als Professor des Strafrechts und als Mitglied des Reichstags aus ihren Ausführungen empfangen hat, aus. Der Gesetzgeber könne seinerseits keine Probleme lösen, er sei auf die Vorarbeit der Sachverständigen auf allen Gebieten angewiesen. *v. C.* bittet, auch die Frage in die Diskussion zu ziehen, ob schon vor der Reform des Strafgesetzbuchs die spezielle Frage des Schutzes der Gesellschaft gegen gemeingefährliche Geisteskranke auf dem Wege der Gesetzgebung geregelt werden solle.

Longard-Sigmaringen: Die heutigen Ausführungen haben mir wiederum die großen Bedenken und Schwierigkeiten vor Augen geführt, die sich der Einführung der v. Zkt. in das St.-G.-B. entgegenstellen. Daß dadurch die strenge Handhabung des Rechts gefährdet wird, war immer meine Ansicht. Wo geistige Mängel vorhanden sind, welche deshalb die Zurechnungsfähigkeit oft zweifelhaft erscheinen lassen, da vermißt der Richter, wie ich vielfach von praktischen Juristen hörte, eine solche Zwischenbestimmung, und hauptsächlich aus diesem Gesichtspunkte heraus sind viele Juristen für Einführung der v. Zkt. Die soziale Seite liegt ihnen viel ferner.

Nun haben die heutigen Darlegungen gezeigt, daß doch in einem großen Prozentsatz von Rechtsbrechern geistige Minderwertigkeit zu konstatieren ist, mögen die Prozentzahlen auch schwanken. Sie werden noch mehr schwanken in foro, und die Behandlung wird hier weit ungleich-

mäßiger werden, wie dies jetzt der Fall ist unter dem § 51 St.-G.-B., wo wir uns doch nicht auf diesem unsicheren Boden der v. Zkt. befinden. Die Bestimmung der v. Zkt. ist zweifellos von tief einschneidender Bedeutung, weit mehr, als wohl gemeiniglich angenommen wird. Wie schwierig wird nach allen Seiten hin der Stand der ärztlichen Sachverständigen, namentlich bei den Schwurgerichten, wo mit allen zu Gebote stehenden Mitteln auf die Geschworenen einzuwirken gesucht wird. Das Ansehen der Psychiatrie und ihrer Vertreter, welches, wie jeder Tag zeigt, immer noch labil ist, wird dadurch nicht gefördert. Es ist auch für das Rechtsbewußtsein und das gesunde Volksempfinden mit seinem strengen Verantwortlichkeitsgefühl vor dem Gesetz nicht günstig, wenn allzusehr, d. h. über das notwendige Bedürfnis hinaus, das Krankhafte in die Rechtspflege hineingetragen wird.

Daß bei der Hauptverhandlung selbst nicht schon über die spätere Behandlung und Sicherung geurteilt und bestimmt werden kann, ist auch meine Meinung. Wir dürfen uns auch von der individuellen Behandlung namentlich, wo so hohe Zahlen in Betracht kommen, nicht allzuviel versprechen. Ich habe schon vor Jahren ausgesprochen, daß sich ein großer Teil geistig Minderwertiger auch im gewöhnlichen Strafvollzug ganz gut macht; ich wurde dazu damals veranlaßt durch die allzu weitgehende Forderung einiger Irrenärzte, möglichst alle diese Individuen in psychiatrische Obhut und Einfluß zu bekommen. Diese Zeit ist ja jetzt allerdings vorüber. Andererseits habe ich aber stets betont, daß die Einrichtungen durchaus nicht genügen, und daß es hohe Zeit ist, daß etwas Gründliches geschehe. Ist der Strafvollzug nach dieser Richtung zweckentsprechend ausgebaut und eingerichtet, so ist ein wesentlicher Teil dessen, was durch die Bestimmung der v. Zkt. erreicht werden soll, erfüllt. Dann hört auch das von uns allen beklagte Hin- und Herschieben von Minderwertigen, welches nur ein Beweis ist für die Mangelhaftigkeit des Strafvollzugs, auf. Wir wissen ja doch, daß ein Teil der Minderwertigen den normalen Strafvollzug nicht erträgt, und daß hauptsächlich durch ihn jene schweren Krankheitserscheinungen ausgelöst werden, welche schließlich die Überführung in die Irrenanstalten notwendig machen. Diese Maßregel wirkt schädlich nach jeder Richtung, schädlich für die Irrenanstalten, schädlich für die Minderwertigen selbst und auch schädlich für den Strafvollzug, der wieder in Aussicht steht. Von einer ruhigen, sachgemäßen Behandlung kann ja auch unter den besonderen Umständen in unseren Anstalten meist gar keine Rede sein.

Wir alle erstreben ja das gleiche Ziel, zweckentsprechende Behandlung und Schutz der Gesellschaft. Beide Forderungen sind heute nicht erfüllt. Nur über das „Wie" trennen sich unsere Wege.

Weygandt-Hamburg: Klinisch diagnostizierbare Fälle psychischer Erkrankung sind nicht eo ipso als unzurechnungsfähig anzusehen; es gibt formes frustes vieler Psychosen, leicht manische und depressive Fälle,



beginnende Lues cerebri und Hirnarteriosklerose usw., die forensisch als vermindert zurechnungsfähig gelten müssen.

Wilmanns wandte sich gegen das Unklare des Begriffs der v. Zkt. Die Abgrenzungsschwierigkeit teilt dieser mit vielen unentbehrlichen Begriffen, wie z. B. Gemeingefährlichkeit. Im Bereich der v. Zkt. gibt es natürlich die verschiedensten Grade, so daß man an eine prozentuale Abschätzung denken könnte. Bereits *F. J. Gall* wies vor 100 Jahren darauf hin. Mittelstufen stellen auch die verminderte Geschäftsfähigkeit im bürgerlichen Recht, die verminderte Erwerbsfähigkeit im Versicherungsrecht, die verminderte Militärfähigkeit usw. dar.

Es kommt darauf an, ob der jetzige Zustand befriedigend ist, was sich schwer behaupten läßt. Ein bedenklicher Ausweg ist die Reichsgerichtsentscheidung vom 23. Oktober 1890, wonach schon bei begründeten Zweifeln der Zurechnungsfähigkeit das Urteil zugunsten des Betreffenden lauten muß, da die Zurechnungsfähigkeit ein Bestandteil des Schuldnachweises ist.

Selbstverständlich ist die isolierte Anerkennung der verminderten Zurechnungsfähigkeit unzureichend ohne tiefgreifende Änderung des Strafvollzugs und Einführung von Sicherungsmaßregeln.

In der Kritik der Flüchtigkeit des richterlichen Verfahrens sollten wir Zurückhaltung üben. Die vom zweiten Ref. erwähnte mögliche Vorzugstellung der vermögenden Rechtsbrecher könnte bedenklich mißverstanden werden. Mag auch der Reiche sich einen renommierten Verteidiger aussuchen, während der Arme vielfach auf den Offizialverteidiger angewiesen ist, so kommen doch derartige Differenzen für den Ausfall der psychiatrischen Begutachtung in keiner Weise in Betracht.

Jede Reform bringt neue Schwierigkeiten, das darf kein Hinderungsgrund sein; das Bessere ist doch der Feind des weniger Guten.

Hellpach-Karlsruhe: Die drei wirklich relevanten Bedenken sind: die Zahl der g. Zgen. und die Dauer ihrer Beurteilung, die zur Obstruierung des Strafprozesses, gerade des Bagatellprozesses, führen wird (ähnlich wie im Zivilrecht); die Unverbesserlichkeit eines großen Teils der g. Zgen., die zu einem Bankerott der Heilbehandlung und damit zu sehr bedenklichen Schädigungen unserer Bestrebungen auf Reform des allgemeinen Strafvollzugs führen muß; endlich die schlechte Wirkung, welche die Abstempelung als g. Zge. gerade auf die besserungsfähigen g. Zgen. als Enthemmungsmoment ausüben muß, ähnlich wie der Rentenanspruch in der Sozialversicherung als Krankheitssuggestion. Die richtige Stellung zu den g. Zgen. kann nicht zuerst im Strafrecht, sondern nur vom reformierten Strafvollzug her gewonnen werden, andernfalls steht die Reformpyramide auf der Spitze.

Wilmanns (Schlußwort) stellt fest, daß seine Anschauungen keine Widerlegungen gefunden haben, und begrüßt die Untersuchungen von *Reiß* als eine wertvolle Bestätigung der geäußerten Bedenken. Zum Schlusse betont er noch, daß die Berücksichtigung einer verminderten Zu-



ıungsfähigkeit in früheren Gesetzbüchern nicht für die Einführung Begriffes in das künftige Strafrecht herangezogen werden dürfe, da Begriff eine ganz andere Bedeutung bekommen habe. Während man ; als Zustände v. Zkt. in erster Linie die krankhaften Variationen der m verstehe, seien in der ersten Hälfte des vorigen Jahrhunderts auch ınnende Geisteskrankheiten dazugezählt worden, Zustände, die nach tiger Auffassung die Verantwortlichkeit ausschließen. Auch waren Gründe, welche den Gesetzgeber zur Einführung des Begriffes bestimm-, ganz andere als diejenigen, mit denen jetzt die Notwendigkeit der rücksichtigung der v. Zkt. gestützt wird. In den Strafgesetzbüchern ırttembergs, Sachsens u. a. wurde ihre Einführung damit begründet, ß nur auf diese Weise der allzuleichten Annahme der Unzurechnungs-ıigkeit entgegengewirkt werden könne. Die Juristen des 19. Jahr-ınderts forderten somit die Möglichkeit, auch die Tat eines Geistes-ranken strafrechtlich zu ahnden, die Psychiater des 20. Jahrhunderts əanspruchen eine andere Behandlung des zurechnungsfähigen, aber egen seiner Minderwertigkeit weniger schuldhaften Rechtsbrechers. Das t ein grundlegender Unterschied.

Aschaffenburg (Schlußwort): Alle gegen die v. Zkt. vorgebrachten ründe richten sich nicht gegen das Bestehen von Zuständen, die eine Ierabminderung der strafrechtlichen Verantwortlichkeit bedingen, sondern egen die Schwierigkeiten, sie zu erkennen, sie in einer für den Richter erwendbaren Formel zu kennzeichnen und vor allem, für sie die im Interesse der Rechtssicherheit erforderlichen zweckmäßigsten Rechts-olgen zu finden. Aber alle diese Bedenken, denen ich mich durchaus nicht verschließe, können doch die Tatsache nicht aus der Welt schaffen, daß solche Zustände überaus häufig vorkommen.

So wenig wir auf die Straflosigkeit der Straftaten Unzurechnungsfähiger verzichten werden, weil die Freisprechung den Gesellschaftsschutz außer Acht läßt, sondern daraus nur die Folgerung ableiten, daß neben der Exkulpierung noch weitere, sichernde Maßnahmen vorgesehen werden müssen, so wenig dürfen uns die Schwierigkeiten, die einer gesetzlichen Anerkennung der verminderten Zurechnungsfähigkeit entgegenstehen, hindern, diese Anerkennung zu verlangen, und gerade diejenigen, die wie *Wilmanns* sich um die klinische Stellung der psychopathischen Zustände verdient gemacht haben, sollten doch nicht vor der konsequenten Durchführung ihrer Auffassung und deren Übertragung auf die rechtlichen und sozialen Verhältnisse zurückscheuen.

Ich habe bereits in meinem Referat darauf hingewiesen, daß sich die Abweichungen von der Norm, die einer Minderung der strafrechtlichen Verantwortlichkeit entsprechen, vielfach erst im Laufe des Strafvollzugs feststellen lassen, und daß insbesondere erst durch diese Beobachtung Anhaltpunkte dafür hervortreten werden, welche Maßnahmen im Interesse des Gesellschaftsschutzes und des abnormen Menschen selbst angebracht sind. Deshalb wird ein Teil und vielleicht der wichtigste der Entscheidung



über das weitere Schicksal der v. Zgen. erst während der Strafverbüßung getroffen werden können. Ich kann es verstehen, wenn die Juristen sich dem widersetzen, weil sie darin den ersten Schritt zur Abschaffung des Strafmaßes, die erste Etappe des Weges zum unbestimmten Strafmaß erblicken; aber es ist mir unverständlich, weshalb wir uns als Psychiater dem widersetzen sollen.

Wer auch nur einigermaßen die Literatur über unser Thema kennt, wird zugeben müssen, daß auch die Kreise reformfeindlicher Juristen gegen die Anerkennung der v. Zkt. keinen ernsten Widerstand mehr leisten; den besten Beweis liefert der doch gewiß nicht allzu moderne Vorentwurf, der, wie die meisten alten und durchweg alle neuen Strafgesetzbücher und Entwürfe, die v. Zkt. gesetzlich zu regeln versucht hat. Sollen wir nun, nachdem wir in jahrelanger mühsamer Arbeit den Karren ins Rollen gebracht haben, nun hemmend in die Speichen eingreifen, weil die Lösung des Vorentwurfs unbrauchbar, eine befriedigende Lösung schwierig ist? Ich glaube, das wäre sehr verkehrt.

Die einfachste Lösung wäre wohl die, jede Straftat — ohne weitgehende Rücksicht auf die sonst üblichen strafgesetzlichen Rechtsfolgen — zum Ausgangspunkt der Behandlungsart zu machen, die am meisten Erfolg verspricht. Treten dadurch bei einer Anzahl der Grenzfälle die ärztlichen Wünsche in den Vordergrund, so kann das vielleicht einen in starrer Theorie auf der Fiktion gerechter Vergeltung beharrenden Juristen schrecken, sicher aber keinen Kriminalpolitiker und doch wohl erst recht keinen Mediziner. Und deshalb möchte ich zum Schlusse nochmals betonen, daß nicht sentimentale Anwandlungen uns zwingen, auf der gesetzlichen Anerkennung der v. Zkt. zu bestehen, sondern die unerträglichen Verhältnisse, die bei der Nichtanerkennung unvermeidlich sind, und unter denen die vermindert Zurechnungsfähigen, die Strafrechtspflege und der Strafvollzug, am meisten aber die öffentliche Rechtssicherheit leiden.[1])

Vorsitzender: Wie gegenüber dem allgemein anerkannten Bedürfnis, auch die geringeren psychischen Mängel bei Angeklagten zu berücksichtigen, den praktischen Forderungen genügt wird, steht noch dahin. Daß die Entscheidung grundsätzlich in den Strafvollzug verlegt wird, so daß nur eine fast der Verurteilung mit unbestimmter Frist ähnliche Anordnung geschaffen würde, kann wohl kaum erwartet werden. Dagegen erscheint sowohl der Verzicht auf die gerichtlich ausgesprochene Sicherung als die nachträgliche Anwendung der Sicherung erreichbar. Hoffentlich wird die heutige Aussprache für die weitere Entwicklung nicht wertlos bleiben.

2. Sitzung,

24. April, 2 Uhr nachmittags.

Der Vorsitzende schlägt im Namen des Vorstandes vor, die nächste Jahresversammlung in Göttingen am 23. und 24. April 1915 abzu-

[1]) Vgl. dazu *Göring*-Gießen, dieses Heft, Kleinere Mitteilungen.



›n und als Referat zu bestimmen: Die Fürsorge für die Geisteskranken ›rhalb und unabhängig von den Anstalten. Dem wird zugestimmt. satzunggemäß ausscheidenden Vorstandmitglieder *Siemens* und *ıser* werden, da sich kein Widerspruch erhebt, durch Zuruf wiederählt. —

Der Antrag *Kreuser*, unter der Voraussetzung, daß die Naturforıerversammlung künftig nur alle 2 Jahre stattfindet, in diesen Jahren ächst versuchweise die Jahresversammlung unseres Vereins ausfallen lassen und den Vorstand zu ermächtigen, hierüber mit dem Vorstand Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte ein Abkommen zu ›einbaren, das der nächsten Jahresversammlung (1915) zur Genehmigung rzulegen ist[1]), wird nach kurzer Begründung durch den Antragsteller auf ›rschlag des Vorsitzenden ohne weitere Besprechung angenommen. —

Der Antrag *Weygandt*: der Verein wolle einen Beitrag bewilligen ı einer dem Andenken *Ludwig Meyers*, des Vorkämpfers des no-restraint ı Deutschland, und *Wilhelm Reyes* gewidmeten künstlerischen Ehrung, ie im Park der Irrenanstalt Friedrichsberg (in Form von Medaillons oder Iermen) aufzustellen wäre, wird abgelehnt, nachdem der Vorsitzende im Namen des Vorstandes prinzipielle Bedenken gegen eine derartige Beitrag›ewilligung geäußert hat. —

Über das geplante Forschungsinstitut für Psychiatrie kann ler Vorsitzende zurzeit genauere Angaben nicht machen; es bestehe allerlings die Hoffnung, daß der Plan vielleicht in abgeänderter Form und beschränktem Umfange verwirklicht werde. —

Fischer-Wiesloch berichtet folgendes:

Auf Grund meines Vortrags: „Berufsgeheimnis und Herausgabe der Krankengeschichten" (Allg. Ztschr. f. Psych., Bd. 71, S. 464 ff.) faßte die 43. Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte in Karlsruhe am 23. November 1913 den Beschluß, an den Vorstand des deutschen Vereins für Psychiatrie mit der Bitte heranzugehen, die im Vortrage behandelte Materie einer eingehenden Prüfung zu unterziehen, und zwar hauptsächlich in dem Sinne, ob für unsere irrenärztlichen Bedürfnisse, insbesondere auch bei unserer Stellung als öffentliche Beamte, die bestehenden oder bei der Neuregelung beabsichtigten Gesetzesbestimmungen nach allen Richtungen hin zum Schutze des ärztlichen Berufsgeheimnisses ausreichen, insbesondere auch, ob unsere Position beim Verlangen der Herausgabe der ärztlicherseits geführten Krankengeschichten der öffentlichen Irrenanstalten nach auswärts, an nichtärztliche Behörden, z. B. an die Staatsanwaltschaften, genügend gesichert sei.

Ich machte dabei noch auf folgende Einzelpunkte aufmerksam:

1. Kann der staatlich angestellte Irrenarzt oder Direktor öffentlicher Anstalten auch in seiner Eigenschaft als Arzt, d. h. in seinem Vertrauens-

[1]) Vgl. Allg. Ztschr. f. Psych., Bd. 71, S. 387 ff.



verhältnis zum einzelnen Kranken, als Beamter angesprochen werden, und gelten für ihn andern Behörden gegenüber und besonders beim gerichtlichen Verfahren in dieser Beziehung die betreffenden §§ 53, 75, 96 und 159 der Str.-P.-O., oder aber untersteht er nach wie vor dem § 300 (Berufsgeheimnis) und den diesen schützenden Vollzugsbestimmungen, nämlich den §§ 52, 54, 76, 95, letztem Satz, und 97 der Str.-P.-O.?

Kann also die Beamtenpflicht in gewissen Fällen die Berufspflicht der Verschwiegenheit gefährden oder nicht?

2. Sind die Krankengeschichten der öffentlichen Irrenanstalten als Aktenbestandteil nach § 96 Str.-P.-O. anzusehen, und unterliegen sie der Beschlagnahme?

Oder aber bilden sie einen Bestandteil des ärztlichen Berufsgeheimnisses, und sind sie unter allen Umständen dadurch gemäß § 95, letztem Satz, und § 97 Str.-P.-O. geschützt?

3. Kann die Mitteilung der Krankengeschichte auch von andern als gerichtlichen Behörden mit Recht verlangt werden? Oder darf hier die Herausgabe bedingunglos abgelehnt werden?

4. Ist die Krankengeschichte an Berufsgenossen mitteilbar, uneingeschränkt oder nur bedingungsweise und unter welchen Bedingungen?

5. Ist sie insbesondere, einmal abgesehen von der Frage der ärztlichen Zeugnisverweigerung und des Widerspruchs des Patienten, mitteilbar, oder muß sie sogar mitgeteilt werden an öffentlich bestellte Gerichtsärzte?

6. Können diese Sachverständigen den Inhalt nach ihrem Gutdünken Gerichtsbehörden, Staatsanwälten offenbaren, oder sind sie, abgesehen von ihrer Gutachtertätigkeit, an die Bewahrung des Berufsgeheimnisses wenigstens insoweit gebunden, daß sie die Krankengeschichte selbst samt Anlagen nicht dem Gerichte auszuhändigen haben; dies unter keinen Umständen oder aber bei welchen Ausnahmen?

Auf den ersten Blick und rein nur nach unserem ärztlichen Gefühl wird ja die Antwort auf alle diese Fragen jedem von uns sehr einfach erscheinen, ob aber auch nach dem gültigen Recht und nach der bestehenden Rechtspraxis, das ist hier die Frage, und das muß erst die genauere Prüfung ergeben.

Für Privatärzte liegt die Situation nun ganz klar; sie können sich immer auf den § 300 R.-Str.-G.-B. berufen und die Herausgabe der Krankengeschichte unter Hinweis auf § 95 letzten Satz und § 97 Str.-P.-O. verweigern; eine Beschlagnahme ist nicht zulässig.

Bei beamteten Ärzten in staatlicher Stellung, der die kommunale oder provinziale, weil mittelbar ebenfalls dem Staatszwecke dienend, gleich zu erachten ist, bestehen dagegen, obwohl sie ihren ärztlichen Charakter durch ihr Amt natürlich nicht verloren haben können, auf Grund gemachter Einzelerfahrungen immerhin Zweifel, ob für sie be-

ers in der Rechtspflege die gleichen Grundsätze uneingeschränkte igkeit haben.

Man kann hierbei zweierlei Auffassung sein: die eine, strengere, hält ganz selbstverständlich daran fest, daß wir auch als Beamte alle unsere lichen Rechte und Pflichten unvermindert beibehalten haben; es ne und dürfe also auch in bezug auf das Berufsgeheimnis und die rausgabe der Krankengeschichte keinen Unterschied zwischen privaten d beamteten Ärzten geben. Der § 300 spricht ja gerade auch von ivatgeheimnissen, die uns kraft unseres Amtes, Standes oder Gerbes anvertraut sind. Die unser ärztliches Wirken schützenden Paraaphen des Reichsstrafgesetzbuchs und der Strafprozeßordnung müssen so unter allen Umständen jenen, die in anderer als dieser Beziehung auf nseren Beamtencharakter abheben, vorangehen, ihnen naturgemäß bergeordnet sein.

Die zweite, mildere Auffassung geht dahin, daß wir als Beamte oder Behörden andern Beamten und Behörden, die für die Verfolgung ihrer leichfalls staatlichen, jedoch nichtärztlichen Zwecke unsere Krankengeschichten verlangen, Entgegenkommen zeigen müßten. Das Amtsgeheimnis, unter dem auch diese Behörden gleich uns stehen, könne in gewissem Sinne das Berufsgeheimnis ersetzen. Es treffe also für uns Anstaltsdirektoren und Ärzte vor allem der § 96 Str.-P.-O. zu, wonach unsere Akten und Schriftstücke im Strafverfahren der Staatsanwaltschaft auszuliefern wären, da von deren Herausgabe nicht zu befürchten sei, daß damit dem Wohle des Reichs oder eines Bundesstaates Nachteil entstünde. Die ärztliche Krankengeschichte gehöre, als in Verwahrung der Anstaltsdirektion (einer Behörde) und ihrer staatlich angestellten Ärzte (also öffentlicher Beamten) befindlich, unzweifelhaft unter den Begriff der hier gemeinten Akten und Schriftstücke.

Diesen Zwiespalt gilt es nun aufzuklären und zu beseitigen.

Ich selbst schließe mich der strengeren Auffassung an.

Seine Anzeigepflicht muß der Arzt in den gesetzlich festgelegten Punkten erfüllen; seine Zeugen- und Gutachtertätigkeit kann er jederzeit ausüben, wenn er will, oder wenn er dazu verpflichtet worden ist; er kann sie auch je nach Lage des einzelnen Falles unter Berufung auf den § 300 R.-Str.-G.-B. ablehnen. Die Herausgabe der ärztlichen Krankengeschichte an Behörden wird er dagegen am besten unter Berufung auf § 95 letzten Satz und § 97 Str.-P.-O., ebenso wie der Privatarzt, grundsätzlich ablehnen.

Es ist etwas ganz anderes, ob ich auf Grund meiner Kenntnis des Falles und der Krankengeschichte als Zeuge oder Gutachter ärztlich über einen Kranken aussage, oder ob ich seine in der Krankengeschichte und eigenen schriftlichen Bekenntnissen niedergelegten Privatgeheimnisse in toto andern Behörden uneingeschränkt und für nichtärztliche Zwecke zugänglich mache. Ganz abgesehen vom Vertrauensbruch an sich



gebe ich damit jede weitere Kontrolle über ihre Geheimhaltung und Verwahrung aus der Hand. Andererseits kann aber der Nichtarzt diese nur für den Fachmann verständliche Materie ohne unsere Mithilfe und Erklärung überhaupt nicht richtig verwerten; die Herausgabe ist also zudem noch zweckwidrig.

Soweit wir es irgend mit unserem Berufsgeheimnis und unserem ärztlichen Gewissen vereinbaren können, werden wir, weil wir uns als unentbehrliche Glieder der öffentlichen Gesundheitspflege fühlen, immer bereit sein — das beweisen wir ja täglich überall —, die Zwecke und Interessen des Staates und seiner Behörden, insbesondere der Rechtspflege, nach Kräften zu unterstützen und zu fördern. Darüber hinaus aber können wir nicht gehen, und zwar gerade deshalb nicht, weil auch das ärztliche Berufsgeheimnis ein unentbehrlicher Grundbestandteil der Rechtsordnung eines jeden Staatswesens wie nicht minder ein hohes sittliches Gut der Menschheit und eine Notwendigkeit für die Volksgesundheit und öffentliche Wohlfahrt ist.

Je rigoroser wir darin handeln, desto besser werden wir unserem ärztlichen Stande und Ansehen und mittelbar der staatlichen Ordnung dienen.

Im Hinblick auf die nachteiligen, ja sogar verderblichen Konsequenzen für das Ansehen unseres ärztlichen Standes und für unser ganzes berufliches Wirken, wenn wir uns in diesem Punkte, der unser ärztliches Gewissen im Kerne trifft, nachgiebig zeigten, müssen wir es klar und eindeutig betonen, daß wir auch als Beamte durchaus Ärzte geblieben sind; ja, daß wir eigentlich desto bessere Beamte und Staatsdiener sein werden, je gewissenhafter wir es mit unseren ärztlichen Berufspflichten und dem Berufsgeheimnis nehmen. Wo sich Konflikte ergeben, soll ein vor allem unsere ärztlichen Interessen wahrender Ausweg gefunden werden; die Garantien für unser frei verantwortliches ärztliches Handeln und für die Wahrung unseres Berufsgeheimnisses — auch in unserer Beamtenstellung und auch andern Behörden gegenüber — müssen nicht nur nach unserem ärztlichen Gewissen, sondern auch durch das Gesetz durchaus sichergestellt werden. Da nun aber manche Punkte der Materie sowohl unter den Organen der Verwaltung und der Rechtspflege als auch merkwürdigerweise in Ärztekreisen selbst noch als strittig gelten und ein einheitliches Handeln sich darin noch nicht durchgesetzt hat, so erscheint mir unsere Anregung, durch die Justizkommission des deutschen Vereins für Psychiatrie eine eingehende Untersuchung und Prüfung der ganzen Frage vornehmen zu lassen, als wohlberechtigt. Hier kann von berufenen Sachverständigen aus beiden Lagern durch eine gründliche Bearbeitung des Problems eine Klärung herbeigeführt werden. Ich möchte Sie daher alle bitten, angesichts der für unsern ganzen ärztlichen Stand so wichtigen Angelegenheit unserem Karlsruher Antrage beizustimmen.

Zur Diskussion sprechen *Gaupp*-Tübingen und *Ransohoff*-Ste-
ısfeld.

Der Vorsitzende empfiehlt ein langsames Vorgehen in dieser Sache
ist dafür, bis zum nächsten Jahre eine Vertagung der Angelegenheit
reten zu lassen. Inzwischen können ja von seiten des Vorstands des
eins Erhebungen stattfinden. —

Vocke-Eglfing teilt mit, daß das von der statistischen Kom-
ssion in Breslau vorgelegte provisorische und von der dortigen Jahres-
sammlung gebilligte und zur Erprobung empfohlene neue Schema der
steskrankheiten (s. diese Ztschr. Bd. 70, S. 797 ff.) ab 1. I. 1914 für die
ıtistik der drei psychiatrischen Kliniken und der öffentlichen und pri-
:en Anstalten in Bayern bis auf weiteres zur Einführung gelangt ist.
ısgefüllt und vorgelegt werden nur Tabelle I über die allgemeine Kranken-
wegung und XI über die Mortalität. *V.* hält es für wünschenswert,
ıß diejenigen Herren, welche über die Einführung des neuen Schemas
anderen Bundesgebieten oder Provinzen positive Mitteilungen machen
önnen, dies heute hier mündlich tun bezw. künftig davon unter der
dresse des Vortr. der statistischen Kommission des Deutschen Vereins
ır Psychiatrie davon Nachricht geben.

Weber-Chemnitz teilt im Anschluß daran mit, daß das neue Schema
n Königreich Sachsen ebenfalls zur Einführung gelangt ist, und zwar
ückwirkend für das Jahr 1913. —

Kreuser-Winnenthal erstattet den Kassenbericht. Ihm wird auf
Grund des gedruckten Rechenschaftberichts, dessen Richtigkeit von
Fischer-Wiesloch und *Dubbers*-Allenberg geprüft ist, Entlastung erteilt.
Der Jahresbeitrag wird wieder auf 5 M. festgesetzt. —

Dem Vorstande der Heinrich-Laehr-Stiftung wird Entlastung
erteilt, nachdem *Peretti*-Grafenberg und *Groß*-Rufach die Abrechnung als
richtig festgestellt haben. —

Es folgen weitere Vorträge.

Kastan-Königsberg: Die Pathogenese der Psychosen im Lichte der *Abderhalden*schen Anschauungen.

Die Abbauerscheinungen lassen sich als koordinierte, superordinierte und subordinierte unterscheiden, je nachdem sie die psychiatrischen Erscheinungen begleiten oder verursachen oder durch diese erst bedingt sind. Bei der Paralyse wird sich mit dem *Abderhalden*schen Verfahren über die Genese erst etwas sagen lassen, wenn dauernde Kontrolluntersuchungen frischer Syphilitiker und aller Phasen der Syphilis bis zum Ausbruch der Paralyse vorgenommen sind. Bei der Dementia praecox wird fast immer außer Gehirn auch Keimdrüsen- und oft Thyreoideagewebe, manchmal Nebenniere abgebaut. Der Abbau ist nicht gleichzeitig. Die klinischen und anatomischen Befunde bei der Dementia praecox lassen sich erklären, wenn man als Dysfunktion der Thyreoidea eine dem Myxödem ähnliche



annimmt und die Dysfunktion der Keimdrüsen mit dem Thymus in Verbindung bringt, der scheinbar während der Zeit der Entwicklung der Keimdrüsen untergeht. Auslösende Ursachen machen die Dementia praecox manifest, weil dann andere Eiweiße ins Plasma treten und auch gegen diese Abwehrfermente gebildet werden, so daß das Gehirn schutzlos wird gegen Keimdrüseneiweiß. Gefunden wurde z. B. vom Vortr. Abbau von Kasein durch Puerperalserum. Symptomatische Psychosen gleichen sich selbst und den Alkoholpsychosen vielleicht deshalb, weil alle sie verursachenden körperlichen Zustände mit Lipämie und Hyperglykämie einhergehen können oder einhergehen, so daß Alkohol mit Fett und Zucker abgespalten werden kann. Bei der echten (genuinen) Epilepsie hat Vortr. nach Anfällen wie andere Autoren Gehirnabbau gefunden, bei allen Stadien der echten Epilepsie immer (auch im Intervall) Dünndarmabbau. Für das Petit mal gilt das gleiche wie für den epileptischen Anfall. Das Äquivalent der Verstimmung führt nicht zu Gehirnabbau. Die Alkoholepileptiker zeigen keinen Dünndarm- und Gehirnabbau. Bei unkompliziertem Alkoholismus konnte Vortr. keine Abbauvorgänge feststellen, bei Delirium tremens wurde Leber, manchmal auch Lunge abgebaut. Funktionelle Psychosen zeigen auch keinerlei Abbau. Die Abbauvorgänge bei Melancholischen sind nicht charakteristisch für die Psychosen. Sie sind vom Affekt und der durch ihn bedingten Zirkulationsverschiebung (Blutüberfüllung des Bauchaortengebiets bei Unlust) abhängig. Sie treten auch z. B. bei depressiven Epileptikern auf. Sie erstrecken sich auf alle von den Bauchaorten abhängigen Organe. (Der Vortrag erscheint ausführlich im Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.)

Fauser-Stuttgart: Über dysglanduläre Psychosen.

Vortr. nimmt zunächst auf seinen bei der letzten (Breslauer) Versammlung gehaltenen Vortrag Bezug; er will diesmal „in erster Linie nicht über die einigermaßen konstant erhobenen Befunde sprechen, sondern über die von ihm schon vor längerer Zeit betonten Schwankungen im einzelnen"; fernerhin über einige diagnostische Ausblicke von dem gewonnenen Standpunkt aus und zum Schluß noch andeutungweise über pathogenetische Probleme. Dabei nimmt er auf die Weiterentwicklung der *Abderhalden*schen Anschauungen Rücksicht, nach denen es sich unter Umständen vielleicht lediglich um die Abgabe von spezifischen Fermenten seitens der dysfunktionierenden Organe an die Blutbahn handelt.

Vortr. betont gleich zu Anfang, daß bei strenger Durchführung der *A.*schen Vorschriften der Fall nicht allzu häufig eintritt, daß man bei der Prüfung mit Ninhydrin im Zweifel darüber ist, ob die Farbenreaktion als „pos." oder als „neg." zu bewerten ist. Die besondere Schärfe, mit der der Kampf um die psychiatrisch-serologischen Fragen manchmal geführt wurde, sind zum Teil auf die Außerachtlassung der *A.*schen Forderungen zurückzuführen. Wie man sich gegebenenfalls vor Autosuggestionen



:zen kann, hat Ref. schon längst (D. med. Wschr. Nr. 7, M. med. ır. 1913, Nr. 11) an Beispielen gezeigt. Bei in der letzten Zeit vorgenommenen serologischen Untersuchungen von 20 Kranken der Münchener hiatrischen Klinik wurde die Geschlechtsspezifität, soweit sie über-ɔt zum Ausdruck kommen konnte, durchweg gewahrt; in bezug auf Dementia praecox- und Paralysefälle waren die positiven Resultate ıt in dem Maße überwiegend, wie bei den zahlreichen Untersuchungen *F.*s eigenen Kranken; es wurde fernerhin bei zwei „Manisch-Depres-ɔn" und bei einigen „Psychopathen" positive Reaktion gefunden. Der ·tr. geht diese sämtlichen Fälle der Reihe nach durch.

Seine Befunde bei den „massiven" Geistesstörungen: der Dementia-praecox-Gruppe, den Psychosen bei gröberen Erkrankungen der nilddrüse, der progressiven Paralyse sind im wesentlichen dieselben, ; er bereits bei seiner allerersten Veröffentlichung (D. med. Wschr. 1912, r. 52) und dann später wiederholt bekanntgegeben hat: speziell bei der ementia praecox in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle Ferment ›wohl gegen Geschlechtsdrüse wie gegen Hirnrinde, in der Minderheit ur gegen Geschlechtsdrüse oder nur gegen Hirnrinde, in einer noch eringeren Minderheit entweder zeitweise oder dauernd weder Ferment egen Geschlechtsdrüse noch gegen Hirnrinde. Ob es sich bei der von ihm ıehrere Male gemachten Beobachtung — wonach Dementia-praecox-Kranke im Beginn der Erkrankung nur Ferment gegen Keimdrüse, erst päter auch gegen Hirnrinde und dann in einem späteren Stadium der Er-ırankung resp. im Zustand relativer Genesung nur wieder Ferment gegen Keimdrüse zeigten — um bloße Zufälligkeiten oder doch um eine gewisse Gesetzmäßigkeit handelt, möchte Ref. unentschieden lassen.

Bei Paralyse konnte *Fauser* positive Reaktion gegenüber Testikel nicht so häufig finden wie andere Beobachter. Interessant wäre es, etwas darüber zu erfahren, ob bei den Paralysefällen mit katatonischen Symptomen vielleicht häufiger oder regelmäßig eine positive Reaktion mit Testikel (oder Schilddrüse) gefunden wird. Auch zur Erklärung mancher nichtsyphilitischer und nichtmetasyphilitischer nervöser Erkrankungen der Deszendenten von Paralytikern wäre es wichtig, wenn festgestellt werden könnte, daß die Geschlechtsdrüsen der Paralytiker, auch ohne daß diese Drüsen selbst syphilitisch infiziert zu sein brauchen, eine serologisch nachweisbare Dysfunktion zeigen können.

Bei dem manisch-depressiven Irresein konnte *F.* an seinen eigenen Fällen nicht ein einziges Mal eine positive Reaktion gegen irgendein Organ nachweisen; er hat allerdings absichtlich nur solche Fälle, die er für ganz reine und absolut sichere halten mußte, dazu gerechnet, namentlich keine Fälle, bei denen die Abgrenzung gegen die katatonische Erregung schwieriger war, fernerhin auch keine Fälle von einfach-chronischer Depression. Wie er schon in seinem Breslauer Vortrag betont hat, ist aber damit noch gar nicht gesagt, es handle sich beim manisch-depressiven Irresein um keine dysglanduläre Erkrankung.



Was die Verhältnisse bei den „Psychisch-nervösen", „Psychopathen", „Degenerierten" usw. betrifft, so wiederholt *F.* seine schon in seiner allerersten Arbeit (D. med. Wschr. 1912, Nr. 52) ausgesprochene Vermutung, daß es sich bei einem großen Teil dieser Krankheits„zustände" in Wirklichkeit um Krankheits„prozesse" handle, die bei eingehender ätiologischer und klinischer Prüfung sich ebenso in eine Anzahl differenter Krankheitsformen zerlegen lassen werden, wie dies *Kraepelin* z. B. für die infektiösen und postinfektiösen Psychosen bereits unternommen hat. Im Laufe der letzten 12 Monate hat *F.* — anfangs zu seiner Überraschung — bei sogenannten „Neurasthenikern", „Psychopathen" usw. mit nachweisbarer, wenn auch häufig kleiner, Struma nicht selten positive Reaktion mit Schilddrüse gefunden. Eventuell kommt hier eine Strumektomie in Frage; der Rat zu einer Schilddrüsenoperation bei vorhandenem Kropf wird ja auch ohne ausgesprochene nervöse Erkrankung bei dem heutigen Stande der chirurgischen Technik nicht gerade schwer genommen.

Bei Epilepsie hatte *F.* ähnliche Resultate wie früher; bei „epileptoiden" Zuständen fand er einige Male Fermente gegen Schilddrüse und gegen Testikel.

Auch bei Alkoholismus waren seine Befunde dieselben wie früher. Im Anschluß an die von ihm gefundene Dysfunktion des Testikels bei einem von der Münchener psychiatrischen Klinik ihm übersandten Serum eines „chronischen Alkoholikers" erinnert *F.* an die Ähnlichkeit, die chronische alkoholische Psychosen und Dementia praecox manchmal miteinander haben (und die daraus sich event. ergebenden diagnostischen Irrtümer); er gibt fernerhin zu bedenken, ob nicht durch das Alkoholgift der Testikel zur Dysfunktion gebracht und dadurch die Ähnlichkeit mancher alkoholischer und Dementia-praecox-Psychosen hervorgerufen werden kann.

In bezug auf die diagnostische Bedeutung der von ihm aufgefundenen serologischen Reaktionen warnt *F.* zunächst vor dem formallogischen Irrtum, zu meinen, daß, wenn bei einer bestimmten Krankheitsform ein bestimmter serologischer Befund vorkomme, umgekehrt dann das Vorkommen dieses serologischen Befundes auch das Vorhandensein dieser bestimmten Krankheitsform beweisen müsse. Er hat sich hierüber schon längst (Münch. med. Wschr. 1913, Nr. 36) klar und deutlich ausgesprochen: ein bestimmter, mittels des Dialysierverfahrens erhobener serologischer Befund kann zwar gewisse klinische Vermutungen, größere oder geringere Wahrscheinlichkeiten wachrufen, für die Richtung der klinischen Untersuchung bestimmte Direktiven geben, zu einer Nachprüfung der Anamnese und des Status praesens veranlassen und damit unter Umständen zu einer Korrektur der Diagnose führen, aber eine sichere Diagnose wird vorerst nur zusammen mit dem klinischen — besonders dem psychischen — Befund gestellt werden können. Wir haben mit der sachlichen Schwierigkeit zu rechnen, daß die Untersuchung mittels des Dialysier-



verfahrens uns bis jetzt nur ein grobes Bild von den Verhältnissen darbietet, ähnlich etwa dem makroskopischen Verhalten bei anatomischen Organveränderungen. Eine zweite sachliche Schwierigkeit für die diagnostische Bewertung der serologischen Befunde in der Psychiatrie liegt darin, daß wir es noch nicht durchweg zur Aufstellung sicher umschriebener und allseitig anerkannter Krankheitsformen gebracht haben. Die Bedeutung der serologischen Befunde kann deshalb dadurch nicht erschüttert werden, daß sie mit manchen zurzeit herrschenden klinischen Anschauungen und Krankheitsaufstellungen in Konflikt geraten. Die serologische Auffassung ist nicht „konservativ", sondern „fortschrittlich" — wie es übrigens der Geist der klinischen Psychiatrie der letzten Jahrzehnte ohnedies ist. *F.* erinnert hier an die bahnbrechenden experimentellen Untersuchungen *Kraepelins* und seiner Schüler über die spezifisch verschiedenen psychischen Wirkungen der Arznei- und Genußmittel, an die (ebenfalls nach *Kr.*) spezifische Verschiedenheit der infektiösen und postinfektiösen Psychosen: es wäre lediglich die Verfolgung desselben Weges, wenn uns die Serologie künftig in den Stand setzte, nach den „ektotoxischen" nunmehr auch die „endotoxischen" — die „dysglandulären" — Psychosen feiner zu differenzieren — von den groben, wie wir sie in der Dementia-praecox-Gruppe vor uns haben, angefangen bis herab zu den feineren, dem großen Heer der „degenerativen Psychosen", „Psychopathien", „Hysterien", „epileptoiden Zustände" und wie die Sammelnamen alle heißen.

Speziell von der Dementia-praecox-Gruppe hat *F.* die Vermutung, daß sie manche Formen in sich begreife, welche zwar ebenfalls dysglandulären Ursprungs sind, die aber wegen des vorübergehenden, relativ gutartigen Charakters dieser Dysfunktion keine schlechte Prognose zu haben brauchen. Als Ursache dieser transitorischen Dysfunktionen innersekretorischer Drüsen werden wir namentlich auch die vorübergehende oder ausschaltbare schädliche Einwirkung seitens eines anderen, mit der geschädigten Drüse in Korrelation stehenden innersekretorischen Organs, z. B. der Placenta oder eines Kropfes, ins Auge fassen müssen. (Vgl. die entsprechenden Veröffentlichungen von *F.*)

Im Anschluß daran geht *F.* noch kurz auf die pathogenetische Bedeutung der von ihm auf Grund der *A.*schen Anschauungen bis jetzt erhobenen Befunde ein. Er mahnt zur Vorsicht in bezug auf das Ziehen von Analogien zwischen der *A.*schen Fermenttheorie und den bisherigen Immunitätstheorien; manche Eigenschaften der *A.*schen Fermente sprechen eher dafür, daß es sich dabei um besondere, bisher noch nicht näher studierte Körper, nicht um einen der bisher gefundenen Antikörper handelt. — Von den vielen Fragen, die sich weiterhin daran anknüpfen, stehen folgende für ihn zurzeit im Mittelpunkt des Interesses: 1. Ist das, was wir mittels des Dialysierverfahrens nachweisen — nämlich das Vorhandensein von Fermenten — die Hauptsache oder etwas anderes, was unserer Untersuchung bis jetzt nicht zugänglich ist, etwa

eine der Dysfunktion parallelgehende quantitative oder qualitative Veränderung der betreffenden spezifischen Organsekrete, der Hormone? 2. Wodurch werden die betreffenden Organe: die Testikel, die Ovarien, die Schilddrüse, die Hirnrinde zur Dysfunktion (oder vielleicht auch gleichzeitig zu einer Änderung ihrer spezifischen Organsekretion) veranlaßt? Liegen die veranlassenden Momente außerhalb des betreffenden Organs (des Testikels, der Hirnrinde), vielleicht in der Weise, daß an anderen Stellen des Körpers — etwa von korrelativen innersekretorischen Drüsen (auch solchen im weiteren Sinne des Worts, z. B. Muskeln) — Stoffe gebildet werden, die durch ihr Übermaß oder durch ihre veränderte Qualität das betreffende, mit ihnen in Korrelation stehende Organ übermäßig stark in Anspruch nehmen und es dadurch zur Dysfunktion bringen? Oder liegt die krankmachende Ursache von Haus aus in den betreffenden Organen (Testikel, Schilddrüse usw.) selbst — in der Weise, daß sie infolge einer angeborenen oder erworbenen Unzulänglichkeit schon den normalen Einflüssen des Stoffwechsels nicht gewachsen sind und deshalb schon normale Anforderungen — z. B. während der Pubertät — durch eine Dysfunktion beantworten? 3. Welches überhaupt ist die Bedeutung der Fermente in pathogenetischer Hinsicht? Stellen sie eine nützliche oder eine schädliche Reaktion — N. B. vom Standpunkte der Gesamtökonomie des Körpers aus gesehen — dar? *F.* erinnert hier an die in seiner ersten Veröffentlichung bereits hervorgehobene pathogenetische Bedeutung der Fermente und die praktisch-therapeutischen Gesichtspunkte, die sich hieraus ergeben. 4. Da es sich bei den dysglandulären Psychosen häufig um eine Dysfunktion mehrerer innersekretorischer Drüsen handelt, welches ist das innersekretorische Organ, von dem aus — gleichsam wie von einem seismischen Zentrum — ein größerer oder kleinerer Teil des glandulären Systems gewissermaßen in seismische Mitbewegung versetzt wird? Da es sich bei den dysglandulären Psychosen fernerhin grundsätzlich um eine Schädigung nicht bloß der innersekretorischen Drüsen, sondern auch der Hirnrinde handelt: Welches ist das erste? Werden die innersekretorischen Drüsen von der Hirnrinde oder wird die Hirnrinde von den innersekretorischen Drüsen beeinflußt, oder findet beides — also eine Wechselwirkung — statt? Weiterhin: Findet die Beeinflussung des drüsigen Organs seitens der Hirnrinde (oder auch umgekehrt) durch Vermittlung der Nervenbahn oder auf chemischem Wege statt? *F.* führt verschiedene Tatsachen an, die für die eine oder die andere dieser Möglichkeiten sprechen, namentlich auch die interessante Beobachtung eines amerikanischen Physiologen, der gefunden hat, daß, wenn man Tiere (Katzen) in einen längerdauernden Angstaffekt versetzt, in ihrem Blut sich eine Vermehrung der Adrenalinsubstanzen nachweisen läßt. —

Zum Schluß erinnert *F.* an die vor bereits annähernd fünf Jahren von ihm erfolgte Inangriffnahme derselben Probleme mittels der Kom-

plementbindungsmethode (vgl. D. med. Wschr. 1912, Nr. 52) und spricht die Hoffnung aus, daß eine Wiederaufnahme der Untersuchungen mittels der Komplementbindungsmethode — vielleicht mit einer besseren Technik, als sie ihm im Jahre 1909 zu Gebote stand — zu einem positiven Ergebnis führen und daß dann vielleicht auch darüber Klarheit geschaffen werden könnte, ob seine schon längst ausgesprochene Vermutung hinsichtlich der Auffassung mancher psychischer Symptomkomplexe (namentlich der „Anfälle") als anaphylaktischer Phänomene richtig ist oder nicht. Wir stehen, was *F.* stets immer wieder hervorgehoben hat, erst am Anfang; aber der Anfang ist gemacht, und wir dürfen hoffen, daß wir bei ruhigem, besonnenem Arbeiten dem Ziel einer pathologischen Serologie der Psychosen uns immer mehr nähern werden. (Der Vortrag erscheint ausführlich in der D. med. Wschr.)

Kafka-Hamburg-Friedrichsberg: Die *Abderhalden*schen Seroreaktionen in der Psychiatrie.

Es werden vor allem einige Punkte der Technik des Dialysierverfahrens besprochen. Tierversuche, bei denen es gelang, organspezifische Fermente zu erzeugen, haben *K.* gelehrt, daß im Versuche am Krankenbette die Hauptfehler in den verwendeten Organen und dem Krankenserum selbst liegen. Dies bezieht sich aber nur auf die alterprobten Hülsen; verschiedene Erfahrungen weisen darauf hin, daß die Hülsen in neuerer Zeit sehr schlecht geworden sind. Um aber bei guten Hülsen die Bedingungen im Versuche am Krankenbette besser zu gestalten, rät *K.* in besonderen Fällen (Gravidenserum, Luikerserum usw.) mit den Serummengen noch weiter unter 1 ccm herabzugehen, um unspezifische Reaktionen unmöglich zu machen. *K.* weist auch darauf hin, daß er eine neue Organkontrolle dargestellt hat, indem er mit dem zur Verwendung kommenden Organ das Serum eines Kaninchens, welches mit roten Blutkörperchen vorbehandelt worden ist, einsetzt. Vielleicht ist auch eine Prüfung der Hülsen auf Durchgängigkeit für Globuline, wie sie *Mazkiewitsch* vorschlägt, notwendig. Ferner weist *K.* auf die Bedeutung der Vordialyse des Serums und die häufige Wiederholung der Untersuchung zum Ausschluß temporärer Reaktionen hin.

Nach einigen Worten über den heutigen Stand der Theorie der Abwehrfermente geht *K.* auf Untersuchungen betreffend den Übergang dieser Körper in andere Körperflüssigkeiten ein. In der Spinalflüssigkeit von Graviden, Paralytikern und an akuten Meningitiden Leidenden waren bisher auch bei Verwendung größerer Flüssigkeitsmengen Abwehrfermente nicht nachzuweisen. In dem Pleuraexsudat eines Paralytikers konnten jedoch bei Ansetzung größerer Mengen der aktiven zentrifugierten Flüssigkeit die gleichen Abwehrfermente wie im Serum gefunden werden. Im Urin konnte *K.* die gleichen Abwehrfermente wie im Serum nachweisen, wenn er den Harn 5 bis 6 Stunden der Vordialyse gegen fließendes Wasser



unterwarf. Es muß stets frischer Morgenharn verwendet werden; reagiert der Harn alkalisch, muß er neutralisiert werden; werden inaktive Kontrollen eingesetzt, dann muß vor der Vordialyse 1 Stunde inaktiviert werden. Bisher wurden 62 Urine mit dem besten Erfolge untersucht.

K. geht dann auf sein Material (rund 400 Fälle mit rund 500 Untersuchungen) ein und bespricht bloß jene Fälle, bei denen ihm von klinischer Seite sichere Diagnose gegeben wurde; es resultieren so 300 Fälle, darunter 27 Normalfälle, 114 Fälle von Dementia praecox, 18 von manisch-depressivem Irresein, 20 von Psychopathie, ferner 17 Paralysen, 5 Fälle von Lues cerebri, 17 von genuiner Epilepsie, 5 senile Psychosen, eine große Anzahl organischer Erkrankungen des Zentralnervensystems und mehrere Fälle von klinisch nachweisbaren Störungen der Drüsen mit innerer Sekretion. Die Resultate waren folgende.

Normale, 27 Fälle:

keinmal Abbau von Gehirnrinde,
1 mal Abbau von Gehirnmark (siehe weiter),
keinmal Abbau von Geschlechtsdrüse,
keinmal Abbau von Schilddrüse,
keinmal Abbau von Nebenniere;
früher beschriebener Milzabbau ist auf das Substrat zu beziehen.

Dementia praecox, 114 Fälle:

I. Abbau von Gehirn .... in 79,4 %
bei Trennung von
Gehirnrinde .... in 69 %
Gehirnmark .... in 97,6 %
Geschlechtsdrüsen .... in 62 %
Schilddrüse .... in 40,3 %
Nebenniere .... in 25,2 %

II. Gruppierungen (bei Einstellung von Gehirn, Geschlechtsdrüse, Schilddrüse, Nebenniere).
Gehirn allein .... in 17,3 %
Gehirnmark allein .... in 6,4 %
Gehirn + Geschlechtsdrüse .... in 32,2 %
Gehirn + Geschlechtsdrüse + Schilddrüse .... in 10,7 %
Gehirn + Geschlechtsdrüse + Schilddrüse + Nebenniere .... in 4,2 %
Gehirn + Schilddrüse .... in 4,2 %
Geschlechtsdrüse + Schilddrüse ...... in 2,1 %
Geschlechtsdrüse allein .... in 2,1 %
Gehirn + Geschlechtsdrüse + Nebenniere .... in 3,2 %
Gehirn + Nebenniere .... in 4,2 %
Gehirn + Schilddrüse + Nebenniere . in 2,1 %



Geschlechtsdrüse + Schilddrüse + Nebenniere .... in 2,1%

III. a) Paranoide Fälle reagieren wie andere.
b) Katatone zeigen nicht immer Schilddrüsenabbau.
c) Pfropfhebephrenien zeigen relativ oft negativen Abbau.
d) Schwangerschaftspsychosen zeigen oft negativen Placentaabbau.
e) Parallelismus zwischen Krankheitsstadium und Abbaubefund noch nicht herstellbar.

Manisch-depressives Irresein, 18 Fälle:
Gehirnabbau .... 9 mal,
Gehirnmarkabbau .... 6 mal,
Geschlechtsdrüsenabbau .... keinmal,
Schilddrüsenabbau .... 1 mal,
Nebennierenabbau .... 4 mal.

Psychopathie, 20 Fälle:
Gehirnabbau in 20 Fällen .... 10 mal,
Gehirnmarkabbau in 20 Fällen .... 6 mal,
Geschlechtsdrüsenabbau in 18 Fällen . 1 mal,
Schilddrüsenabbau in 17 Fällen ...... 2 mal,
Nebennierenabbau in 17 Fällen ...... 1 mal.

Paralyse, 17 Fälle:
Gehirnabbau unter 16 Fällen .... 15 mal,
Geschlechtsdrüsenabbau unter 16 Fällen 5 mal,
Schilddrüsenabbau unter 14 Fällen..... 10 mal,
Nebennierenabbau unter 11 Fällen ... 5 mal.

Lues cerebri, 5 Fälle:
Gehirnabbau unter 5 Fällen .... 5 mal,
Geschlechtsdrüsenabbau unter 5 Fällen 1 mal fraglich,
Schilddrüsenabbau unter 5 Fällen .... 2 mal,
Nebennierenabbau unter 3 Fällen .... keinmal.

Genuine Epilepsie, 17 Fälle:
Gehirnabbau unter 17 Fällen .... 8 mal
(1 mal Gehirnmarkabbau),
Geschlechtsdrüsenabbau unter 17 Fällen 2 mal fraglich,
Schilddrüsenabbau unter 17 Fällen ... 8 mal,
unter 7 im Paroxysmus untersuchten Fällen .... 7 mal,
Nebennierenabbau unter 17 Fällen ... 1 mal.

Senile Psychosen meist nur Abbau von Gehirn. —

Organische Nervenerkrankungen + Psychose (multiple Sklerose, Chorea, Tumor usw.),
teils nur Abbau von Gehirn oder Rückenmark (multiple Sklerose, Tabes, Tumor);



teils pluriglandulärer Abbau (gewisse Choreaformen, hereditärer Tremor + Psychose, organische Epilepsieformen). —

Klinisch nachgewiesene Störungen der Drüsen mit innerer Sekretion mit Psychose oder Idiotie:

A- oder Hypofunktion der Geschlechtsdrüsen kein Abbau;

Dysfunktionen der Schilddrüse: verschiedene Befunde;

Dysfunktionen der Nebenniere (Hypertrichosis, addisonartige Syndrome): meist Abbau;

Dysfunktionen der Hypophyse (Akromegalie, Tumor): Abbau;

Störungen der Drüsen mit innerer Sekretion bei alten Dementia-praecox-Fällen: ohne nachweisbaren spezifischen Abbau.

Angehörigenuntersuchung:

1. Patient, Dementia praecox 4 mal untersucht, Abbau von Gehirnrinde, -mark, Hoden;
   Vater des p.: kein Abbau,
   Bruder des p.: kein Abbau,
   1. Schwester des p.: kein Abbau,
   2. Schwester des p. (sehr nervös): Abbau von Gehirnmark.
2. Patientin, familiärer Tremor + Psychose, Abbau von Gehirn, Schilddrüse, Hypophyse;
   Schwester, familiärer Tremor + Nervosität, nur Abbau von Gehirn.
3. genesener Patient, Dementia praecox?, Abbau von Gehirnmark,
   Bruder gesund: kein Abbau. —

Hervorzuheben ist besonders 1. das negative Verhalten der Sera und Urine geistig und körperlich Normaler, 2. die seltenen (mit Geschlechtsdrüsen stets negativen) Reaktionen der Manisch-depressiven gegenüber den Dementia-praecox-Fällen, wo pluriglanduläre Typen mit besonderer Beteiligung der Geschlechtsdrüsen (62 %) vorherrschen. Gehirnrindenabbau kam bei Manisch-depressiven, wenn auch selten, vor; 3. der seltene Abbau von endokrinen Drüsen bei Psychopathen; 4. der häufige Abbau endokriner Drüsen bei Paralysen gegenüber dem seltenen bei Lues cerebri; 5. der seltene Abbau der Geschlechtsdrüsen der Epileptiker, der fast immer vorhandene Abbau von Schilddrüse im Paroxysmus. —

Ausführliche Protokolle mit besonderer Angabe der Ergebnisse mit anderen eingestellten Organen werden demnächst veröffentlicht.

Unsere Befunde scheinen günstigere zu sein, wenn durch häufige Untersuchung desselben Falles temporäre Reaktionen ausgeschaltet werden. Die Gehirnabbaureaktionen sind anders zu beurteilen als jene, wo nach Trennung von Gehirnrinde und -mark jedes Substrat einzeln eingestellt wurde. — Am Schlusse betont *K.*, daß wir trotz aller Kämpfe schon heute in den erzielten Resultaten etwas Bedeutungsvolles zu sehen haben, daß aber dringend geraten werden muß, 1. zur häufigen Wieder-



holung der Untersuchung, 2. in besonderen Fällen zum Herabgehen mit den Serummengen und zur Komplementierung nach *Stephan*, 3. in besonderen Fällen zur Anwendung der Vordialyse.

Kirchberg - Frankfurt a. M.: Die differentialdiagnostische Verwertbarkeit des Dialysierverfahrens zur Erkennung der klinischen Stellung von Krampfzuständen.

Die Mitteilung *Binswangers*, daß es möglich sei, mit Hilfe der *Abderhalden*schen Dialysiermethode epileptische Anfälle von hysterischen zu unterscheiden, beansprucht hohes theoretisches und praktisches Interesse. Eine Nachprüfung seiner Befunde ist aber im Hinblick auf die abweichenden Ergebnisse *Mayers* dringend erforderlich. — Verf. bespricht seine eigenen bisherigen Ergebnisse in 25 Epilepsiefällen, wovon 15 Erwachsene und 10 Kinder betreffen. Bei der Untersuchung wurden vor allem Gehirn, Keimdrüse, öfters Thyreoidea verwandt. — Bei den Erwachsenen war intervallär die Reaktion stets negativ. — Nach dem Anfall war die Reaktion in 4 Fällen positiv, in 3 zweifelhaft. Bei den Kindern fiel die Reaktion in 8 Fällen negativ aus, davon wurden 2 positiv nach Status epilepticus, 2 andere Kinder, die häufige Anfälle hatten, zeigten schon nach einem Anfall positive Reaktion. Bei den Erwachsenen war die Reaktion mit Keimdrüse 4 mal, mit Thyreoidea 1 mal positiv, bei den Kindern mit Keimdrüse 6 mal, mit Thyreoidea 2 mal positiv. Bei Hysterie, auch im Anschluß an Anfälle, stets negative Reaktion. 2 fragliche Fälle, es handelte sich um hysterische hochgradig Imbezille, bei denen differentialdiagnostisch die klinische Beobachtung schon Hebephrenie vermuten ließ, boten positive Reaktion mit Keimdrüse, mit Gehirn zweifelhafte Reaktion. — Kurze Zusammenfassung: Positiver Ausfall scheint demnach bei Hysterie im Gegensatz zu Epilepsie ungewöhnlich zu sein. Jedenfalls ist aber die Methode bisher nicht geeignet zu sicherer Unterscheidung epileptischer Störungen gegenüber hebephrenen Erkrankungen, noch auch ist sie imstande, uns für prognostische Beurteilungen von Epilepsiefällen sichere Hinweise zu geben; ihr negativer Ausfall findet sich auch bei klinisch einwandfreien Epilepsiefällen, besonders bei Kindern; doch wurde auch bei diesen ein positiver Ausfall gegenüber Gehirn bei gehäuften Anfällen öfters beobachtet. Es ist auffallend, daß bei jugendlichen Anfällen öfters Keimdrüsen, zuweilen Thyreoidea, abgebaut werden. Es wäre daher möglicherweise noch zu erwägen, ob nicht einzelne dieser Jugendlichen gar nicht zu den Epileptikern zu rechnen sind, sondern daß es sich um epileptiforme Anfälle im Beginn der Dementia praecox handeln könnte, oder daß einzelne dieser Anfälle bei den Kindern in die Tetaniegruppe zu rechnen wären. Bei unseren Fällen hatten wir bisher nicht diesen Eindruck.

Plaut-München: Das *Abderhalden*sche Dialysierverfahren in der Psychiatrie.



Die theoretischen Grundlagen des Verfahrens können noch keineswegs als gesichert angesehen werden. Es ist weder bewiesen, daß es sich um spezifische Fermente handelt, noch daß überhaupt das bei der Reaktion ausschlaggebende Prinzip, d. h. die Träger der behaupteten Spezifizität der Reaktion, Fermente sind. Es könnte sich ebensowohl um Antikörper handeln. Dann weiß man nicht, ob eine Vermehrung von dialysablen Abbaustoffen bei dem 16 stündigen Aufenthalt der Schläuche im Brutschrank überhaupt auf einen Abbau der Organstückchen schließen läßt; so haben wir an Stelle von Organstückchen nicht abbaufähige anorganische Substanzen (Kaolin, Bariumsulfat u. a.) verwendet und damit auch positive Reaktionen erzielen können. Auch *Friedemann* und *Schönfeld*, die Stärke an Stelle der Organstückchen benutzt haben, erhielten positive Reaktionen. Diese Erfahrungen weisen darauf hin, daß es sich gar nicht um Organabbau in jedem Falle handeln muß, sondern daß es sich um eine infolge der Anwesenheit von korpuskulären Elementen im Dialysierschlauch veranlaßte Steigerung der Abbauvorgänge im Serum handeln könnte.

Schließlich ist von einer Reihe von Autoren, u. a. von *Michaelis*, die Methodik infolge der verschiedenen Durchlässigkeit der Schläuche für prinzipiell unbrauchbar erklärt worden.

Die Möglichkeit, daß die Reaktion von falschen Voraussetzungen ausgeht, beweist natürlich wenig gegen ihre praktische Brauchbarkeit.

Bei der *Wassermann*schen Reaktion mußte die Theorie auch häufig umgebaut werden, und sie ist immer noch nicht völlig klargelegt. Trotzdem gestattet uns die *Wassermann*sche Reaktion, die Diagnose auf Syphilis zu stellen.

Ebenso werden wir den klinischen Wert des *Abderhalden*schen Dialysierverfahrens lediglich davon abhängig machen müssen, ob sich seine Ergebnisse mit den klinischen Diagnosen zur Deckung bringen lassen.

Fauser ist es nun bekanntlich gelungen, sehr bemerkenswerte Unterschiede im Verhalten der Sera bei verschiedenen psychischen Erkrankungen ausfindig zu machen, und eine Anzahl von Autoren haben *Fauser*s Befunde bestätigt. Um nur das Wichtigste zu nennen, soll ein ziemlich regelmäßiger Abbau von Keimdrüsen sich bei Dementia praecox finden, ein Abbau von Gehirn nur bei „nicht funktionellen" Gehirnkrankheiten, besonders regelmäßig bei der Paralyse, während nicht organische Erkrankungen, wie Hysterie oder manisch-depressives Irresein, keinen Gehirn- und keinen Keimdrüsenabbau zeigen.

Ich habe an unserer Klinik in München die Untersuchungen aufgenommen, nachdem ich unter Leitung des an die *Romberg*sche Klinik in München übergesiedelten Assistenten *Abderhaldens*, Dr. *Lampé*, auf das gründlichste mich in alle Feinheiten der komplizierten Methodik eingearbeitet hatte.

Die Resultate, die ich dann mit einer Technik, die wirklich nicht

: verbesserungsfähig war, erhielt, stimmten keineswegs mit den
*ser*schen Befunden überein.

Gewiß sahen auch wir positive Reaktionen bei Dementia praecox
nüber Keimdrüsen, aber auch Manisch-depressive und Hysterische
ten Keimdrüsen ab. Ganz entsprechend fielen die Befunde aus gegen-
r Gehirn; neben Paralysen und Dementia-praecox-Fällen reagierten
h Hysterische und Manisch-depressive positiv. Und was nun besonders
enklich ist und zahlenmäßige Angaben ziemlich wertlos macht, ist der
ıstand, daß ein und dasselbe Serum, mit mehreren gleichartigen Organen,
a mit drei verschiedenen Hoden, im gleichen Versuche eingestellt, meist
ız verschiedene Resultate liefert. Sie können dann einen solchen Fall
t demselben Recht unter die positiven wie unter die negativen Resultate
gistrieren.

Das einzige, was wir bestätigen können, ist, daß weibliche Sera keine
oden und männliche Sera keine Ovarien abbauen. Von irgendwelchen
athognostischen Beziehungen zwischen Serum und Organ kann jedoch nach
nseren Erfahrungen bei keiner psychiatrischen Krankheitsform gesprochen
erden. Wir müssen also, so sehr wir das selbst bedauern, die Methode
ls differentialdiagnostisches Hilfsmittel auf unserem Gebiet ablehnen.

Wir haben uns dabei nun nicht beruhigt, sondern zuerst Herrn Dr.
Lampé und später Herrn Dr. *Fauser* gebeten, Sera von Kranken unserer
Klinik ohne vorherige Mitteilung der Diagnose zu untersuchen.

Herr Dr. *Lampé* hat nur Untersuchungen gegen Hoden vorgenommen,
und zwar bei 17 Fällen. Es reagierten sicher positiv von 9 Dem.-präc.-Fällen 5,
von 4 Hysterien 3; zweifelhaft positiv reagierte ein weiterer Fall von Dementia praecox, ferner ein chronischer Alkoholist und ein Epileptiker.
Negativ gegen Hoden reagierten 3 Fälle von Dementia praecox, ein Hysterischer, ein Manisch-depressiver und ein Epileptiker.

Die Resultate stimmen also mit den unserigen überein: positive
Hodenreaktion bei Dementia praecox, aber ebensowohl bei anderen Krankheitsformen.

Die Befunde, welche Herr Dr. *Fauser* bei den ihm von uns übersandten Seren erhielt, ergeben sich aus nachfolgender Tabelle:

	Zahl der Fälle	Rinde		Hoden		Schilddrüse	
		+	0	+	0	+	0
Dem. praecox	4	3	1	2	2		1
Hyster. Psychopath.	4	2	2	2	2		1
Man. depr. Irres.	2	2		1	1		1
Paralyse	3	1	2	0	3		
Alkoholismus	1	1		1			1
Arterioskler. Dem.	1		1		1		1
	15	9		6		0	



Dann wurden noch zur Bestimmung der Geschlechtsspezifizität 5 Sera von Dementia praecox, 4 Frauen und 1 Mann, nach Stuttgart gesandt, und die Resultate trafen zu; wie ja auch wir — wie bereits erwähnt — bestätigen konnten, daß Männer nicht mit Ovarien und Frauen nicht mit Hoden reagieren.

Erwähnenswert ist noch, daß Herr *Fauser* zu dem Ausfall eines Versuches, in dem ein Alkoholist und ein Katatoniker Hoden und Gehirn, und zwar beide Kranke Hoden stärker als Gehirn, abbauten, schrieb, die Reaktionen dieser beiden Fälle ließen sich kolorimetrisch nicht unterscheiden.

Man wird verstehen, daß wir nach diesen Erfahrungen die Überzeugung von der Unbrauchbarkeit der Methode in diagnostischer Beziehung gewinnen mußten. Die Methode versagt offenbar auch bei Herrn Dr. *Fauser*, sobald er die Fälle ohne Kenntnis der klinischen Diagnosen untersucht. Es bleibt also zur Erklärung der stimmigen Resultate, die erzielt worden sind, nur übrig, daß die Untersuchungen sie nicht in objektiver Weise ergeben haben, sondern daß sie hineininterpretiert worden sind. Die Methode gestattet nun subjektive Deutungen in ganz besonderem Maße, und sie fügt sich gewissermaßen, sobald der Glaube stark genug ist.

Sobald etwas der Erwartung nicht entspricht, werden die zahlreichen erkennbaren und nicht erkennbaren Fehlerquellen herangezogen, um die unstimmigen Resultate zu erklären. Die Methode ist förmlich von einem Wall von Fehlerquellen umgeben, hinter dem man immer Deckung findet, wenn man sie braucht. *Abderhalden* hat die Parole ausgegeben, wenn es nicht stimmt, liege es an Versuchsfehlern. Man kann sich unschwer vorstellen, welche Suggestion ein derartiger Satz ausüben muß; es ist wohl begreiflich, daß manche einer solchen Suggestion nicht standhalten konnten.

Nun ist gewiß nicht zu erwarten, daß *Fauser* und seine Anhänger sehr bald von ihrem Glauben lassen werden. Aber das müssen wir von ihnen verlangen, daß sie bei praktischen Entscheidungen nicht ihre Dialyseresultate mitsprechen lassen, daß sie nicht Entbindungen einleiten, Operationen veranlassen, Kriminelle exkulpieren. Wenn die Herren damit fortfahren, wird die Sache bedenklich. (Der Vortrag erscheint ausführlich an anderer Stelle.)

Die Besprechung dieser Vorträge wird auf die letzte Sitzung verschoben.

3. Sitzung,

25. April, 9 Uhr vormittags.

Uhlenhuth-Straßburg: Über experimentelle Syphilisforschung.

Die bisherigen Arbeiten des Vortr. und seiner Mitarbeiter, vor allem von *Mulzer*, erstrecken sich, wie sie sich historisch entwickelt haben,

1. auf die experimentelle Therapie der Syphilis,



2. auf den Infektionsmodus, das klinische Bild und den Verlauf der Impfsyphilis bei Tieren, insbesondere bei Kaninchen,

3. auf die Infektiosität des Blutes und anderer Körperflüssigkeiten syphilitischer Menschen,

4. auf das Studium der sogenannten parasyphilitischen Erkrankungen, insbesondere der Paralyse und der Tabes.

Ausgehend von den Erfolgen *Koch*s bei der Atoxylbehandlung der Schlafkrankheit versuchte *U.* dieses Mittel bei der Dourine der Pferde und weiterhin bei der Spirillose der Hühner und hatte hierbei unzweifelhafte kurative und präventive Erfolge. Auch bei der Rekurrenserkrankung und bei der Affen- und Kaninchensyphilis war die Behandlung mit Atoxyl erfolgreich. Beim Menschen hatte dagegen die Anwendung des Mittels die bekannten unangenehmen Nebenwirkungen. So kam *U.* dazu, ein Kombinationspräparat von Quecksilber und Atoxyl herzustellen, das atoxylsaure Quecksilber, das sich im Tierversuch bei experimenteller Kaninchensyphilis und auch beim Menschen als dem Quecksilber überlegen erwies. Vom Atoxyl ausgehend ist dann *Ehrlich* durch chemische reduzierende Modellierung des Atoxyls zum Salvarsan gelangt, das bezüglich seiner wissenschaftlichen Genese aus dem Atoxyl hervorgegangen ist. Auch Antimonpräparate hatten recht gute schützende und heilende Eigenschaften gegenüber der experimentellen Kaninchensyphilis. In neuerer Zeit wurden von *U.* eine ganze Anzahl von Antimonpräparaten bei Spirochäten- und Trypanosomenkrankheiten hinsichtlich ihrer chemotherapeutischen Wirkung studiert und insbesondere das kolloidale Antimon als recht gut wirkendes Mittel bei Trypanosomenerkrankungen, weniger bei Hühnerspirillose und Syphilis gefunden. Interessant ist auch die Tatsache, daß die dem Atoxyl und Salvarsan der chemischen Konstitution nach entsprechenden Antimonpräparate bei Syphilis und Hühnerspirillose sich als unwirksam erwiesen haben.

Bezüglich der Kaninchensyphilis geht *U.* zunächst auf die Impftechnik ein und erwähnt dann, daß die Virulenz der Spirochaeten in den höheren Passagen gestiegen ist. Das dokumentierte sich vor allem in dem großen Prozentsatz positiver Impferfolge in den höheren Passagen, in der Verkürzung der Inkubationsdauer und in der Zunahme der Intensität und Schwere der Hodenerkrankung. Bis jetzt konnten die Spirochäten bis zur 31. Kaninchenhodenpassage fortgeimpft werden. Von anfänglich 8 bis 25 % positiven Impfungen stieg der Prozentsatz auf 75 bis 100. Nach Beschreibung des klinischen und pathologisch-anatomischen Bildes der Hodenerkrankungen, die als primäre Kaninchensyphilis zu bezeichnen sind, weist *U.* darauf hin, daß auch diese scheinbar rein lokale Erkrankung doch als Allgemeininfektion anzusehen ist. Es erkranken nämlich die benachbarten Leistendrüsen, es kann der andere nicht geimpfte Hoden erkranken, es gibt gelegentlich sekundäre Hornhauterkrankungen, die Überimpfungen von Leber-Milz-Knochenmark-Brei eines lokal hoden-



kranken Kaninchens fallen positiv aus. Schon 8 Tage nach der Einimpfung in den Hoden sind das Blut und nach weiteren 8 Tagen die inneren Organe (Leber, Milz) infektiös, was sich durch Überimpfung des Blutes und der Organe auf Kaninchenhoden beweisen ließ.

Interessant sind die Ergebnisse *U.*s mit seiner Methode der intravenösen bezw. intrakardialen Einimpfung von Spirochätenhodenemulsion, vor allem bei jungen Tieren. Fast 100% der geimpften Tiere erkranken an schwerster Allgemeinsyphilis. 6 bis 8 bis 10 Wochen nach der Einspritzung fängt das Fell des Tieres an, struppig zu werden, die Freßlust scheint vermindert, eine allgemeine Abmagerung macht sich geltend. Kurze Zeit nachher zeigt sich als erstes manifestes Symptom der Syphilis beiderseits an der knorpeligen Nasenöffnung ein kleiner, derb-elastischer Tumor. Auch am Schwanzende tritt eine Auftreibung auf, fernerhin kommt es an verschiedenen Stellen des Gesichts zu eigenartigen runden oder ovalen Tumoren von Linsen- bis Erbsengröße; ähnliches zeigt sich an den Lidrändern. Es kommt zu einer Konjunktivitis, mitunter auch zu einer typischen Keratitis parenchymatosa, ferner zu Auftreibungen der Endglieder verschiedener Zehen, zu Paronychien und ähnlichem mehr. Auch erwachsene Kaninchen konnten durch die intravenöse Impfung in ähnlicher Weise allgemein syphilitisch gemacht werden. Interessant ist die Tatsache, daß auch nach intravenöser Impfung eine besondere Affinität des Virus zum Hoden zu beobachten ist. Es zeigen sich nämlich häufig dieselben Hodenerkrankungen wie nach lokaler Einimpfung in den Hoden. Als Beweis für die syphilitische Natur der Erkrankung führt *U.* an: die charakteristische Inkubationszeit, das typische, den menschlichen manifesten Syphiliserscheinungen ähnliche klinische und anatomische Bild, das Vorkommen der Spirochaeta pallida in den Krankheitsprodukten und in der Blutbahn, die Möglichkeit der Überimpfung von Krankheitsprodukten auf andere Kaninchen, von da auf Affen und wieder zurück auf Kaninchen, endlich die Möglichkeit der Heilung durch spezifische Heilmittel.

Eine Immunitätswirkung scheint bei der Kaninchensyphilis nicht einzutreten. Der Nachweis spezifischer Antikörper gelang nicht. Auch über Vererbungsversuche berichtet *U.* kurz.

Mit Blut von primär- und sekundärsyphilitischen Menschen konnten durch Überimpfung in einem hohen Prozentsatz typische spirochätenhaltige Hodenerkrankungen des Kaninchens erzielt werden. Ein Parallelismus zwischen positivem Wassermann und positivem Spirochätenbefund scheint nicht zu bestehen. Auch mit Sperma und Milch von sekundärsyphilitischen Menschen konnten Impferfolge erzielt werden.

Impfungen mit Spriochätenhodenemulsion in einer Verdünnung von 1 : 10 000 (davon 2 ccm) ergaben noch positive Resultate.

Zum Schluß geht *U.* auf die Anwendung seiner Forschungen auf das neurologische und psychiatrische Gebiet über. Verimpfungen von Spinalflüssigkeit in Gemeinschaft mit *Steiner* ergaben nur bei Sekundär-



litikern positive Erfolge, von 11 Fällen waren 3 positiv. Auffällig daß im Liquor pathologische Reaktionen fehlten. Spinalflüssigkeit Spätsyphilitikern und von Tabikern und Paralytikern ergaben nie ive Resultate. Von 6 Paralytikergehirnen wurden einige Stunden dem Tode Verimpfungen auf Kaninchenhoden vorgenommen, es le nur einmal ein positives Resultat (50 Tage nach der Einimpfung en Hoden) erzielt. Mit Gehirnbrei syphilitischer Kaninchen konnte nehreren Fällen bis jetzt nie und mit Rückenmark nur einmal ein typi-r spirochätenhaltiger Hodentumor erzeugt werden, während Blut, er und Milz derselben syphilitischen Kaninchen sich jedesmal als in-iös erwiesen. Es kann dies mit der Menge der Spirochäten im Gehirn ammenhängen.

Schließlich werden noch die im Beginn stehenden Untersuchungen er direkte intraspinale und intraneurale Einimpfung von Spirochäten-aterial und die Kombinationsversuche erwähnt, die in der Weise aus-führt waren, daß die syphilitisch gemachten Tiere auch noch in irgend-ner anderen Weise geschädigt wurden.

Eine große Anzahl von Diapositiven, von Präparaten und Moulagen eranschaulichte den außerordentlich interessanten Vortrag.

Steiner-Straßburg: Beiträge zur experimentellen Syphilis es Nervensystems.

Vortr. geht von der eigenartigen Erscheinung aus, daß nur ein Teil er manifest-syphilitischen ausgewachsenen Kaninchen krankhafte Ver-nderungen am Zentralnervensystem aufweist, und stellt sich die Frage, ob es möglich sei, durch eine besondere Anordnung der Impftechnik bei edem Tier syphilitische Veränderungen im Zentralnervensystem zu er-zeugen. Es wurden deshalb eine größere Anzahl von Kaninchen, und zwar Albinos, da die Empfänglichkeit des Zentralnervensystems bei diesen Tieren anscheinend eine größere ist, im Verlauf mehrerer Monate 4- bis 5 mal mit Spirochätenhodenaufschwemmung in einer Menge von 5 bis 10 ccm intravenös geimpft. Von den bis jetzt getöteten Tieren weisen alle genau den gleichen krankhaften Befund auf, der am Schluß des Vortrages an Diapositiven demonstriert wird. Offenbar wird durch die Häufigkeit des Ansturms der Spirochäten gegen das Zentralnervensystem eine Ansiedlung der Erreger in ihm eher ermöglicht. So ist es wohl zu erklären, daß mit Hilfe der mehrfachen intravenösen Impfung mit Spirochätenhodenauf-schwemmung ausgewachsene Kaninchen in ihrem Zentralnervensystem ohne Ausnahme syphilitisch zu machen sind. Die Veränderungen zeigen den Charakter von primärentzündlichen Prozessen, es fehlen dagegen primärdegenerative Veränderungen, wie sie der menschlichen Tabes und der progressiven Paralyse zukommen.

Mit Methoden, die den experimentellsyphilitischen Kaninchen noch sonstige akute oder chronische Schädigungen zufügten, wurden bisher schwerere syphilitische Veränderungen des Zentralnervensystems nicht

erzielt. Auch die direkte Einimpfung der Spirochäten in das Zentralnervensystem ergibt nur bei einem Teil der Kaninchen schwerere Veränderungen, die schon verhältnismäßig bald nach der Einimpfung auftreten. Der Spirochätennachweis in solchen Veränderungen ist dem Vortr. nie gelungen. Man muß wohl, vor allem mit Rücksicht auf die bei einem großen Teil der ins Gehirn geimpften Tiere fehlenden krankhaften Veränderungen des Nervensystems und im Hinblick auf die negativen Ausfälle der von *Uhlenhuth* und *Mulzer* vorgenommenen Überimpfung von Gehirn und Rückenmark syphilitischer Kaninchen eine verhältnismäßig große Resistenz des Zentralnervensystems des Kaninchens gegenüber der Spirochäteninfektion annehmen. Eine neue Versuchsreihe, die Vortr. unternommen hat, stellt einen weiteren Beweis für die Resistenz des Zentralnervensystems des Kaninchens gegenüber der Spirochäteninfektion dar.

Mit Hilfe einer besonderen Methode lassen sich beim Kaninchen einige Kubikzentimeter (2 bis 4) Liquor cerebrospinalis rein gewinnen, ohne daß das Tier darunter wesentlich geschädigt wird. Es ist auch möglich, nach der Liquorentnahme Flüssigkeit zu injizieren, die nur in den Liquor gelangt und ohne besondere Schädigung des zentralen Nervensystems eingeführt werden kann. So wurden in den Liquor von 6 Kaninchen 1 bis 1 ½ ccm Spirochätenhodenaufschwemmung injiziert. Die *Wassermann*sche Reaktion war bei allen Tieren vorher negativ gewesen, eine Zellvermehrung wurde ebensowenig wie eine Erhöhung des Eiweißgehaltes festgestellt. In Abständen von 14 Tagen, 4 Wochen, 5 Wochen, 6 Wochen und 9 ½ Wochen wurde je ein Tier wiederum punktiert und der Liquor untersucht. Die *Wassermann*sche Reaktion war jedesmal negativ, eine Zellvermehrung fand sich nicht. In keinem Falle konnten bei der Dunkelfelduntersuchung Spirochäten nachgewiesen werden, obwohl jedesmal mehrere Präparate durchsucht wurden. Eine Eiweißuntersuchung konnte wegen der zu kleinen Menge Liquor nicht immer vorgenommen werden. Ein Kaninchen ist Anfangs April zum zweiten Mal in den Liquor mit Spirochätenhodenaufschwemmung geimpft worden, nach 14 Tagen wurde Liquor entnommen Es zeigte sich wieder eine negative *Wassermann*sche Reaktion, Spirochäten waren ebenfalls nicht nachweisbar. Alle Tiere blieben bis jetzt gesund; syphilitische Erscheinungen fanden sich an ihnen nicht, während die in den Hoden geimpften Kontrolltiere nach der üblichen Inkubationszeit in typischer Weise erkrankten. Die direkte Einimpfung der Spirochäten, die sich bei Einimpfung in den Hoden als virulent erweisen, in das das Zentralnervensystem umspülende Medium führt also nicht zu einer Infektion. Bemerkenswert ist weiterhin, daß die eingeführten Spirochäten auch bei ihrem Zugrundegehen keine Entzündungserscheinungen im Liquor hervorgebracht haben, und daß die Spirochäten bezw. die Spirochätenleichen nicht genügt haben, eine positive *Wassermann*sche Reaktion im Liquor der Kaninchen hervorzurufen. Nach *v. Wassermann* hat ja auch seine



Reaktion keine direkte Beziehung zu den Spirochäten selbst, sondern zu den zelligen Bestandteilen, vornehmlich den Lymphozyten. Zu Kontrollzwecken haben wir uns auch davon überzeugt, ob der Liquor nicht schon an und für sich hämolytisch wirke, dies war nie der Fall. Kontrolluntersuchungen des Liquor bei normalen Tieren ergaben immer negativen Wassermann im Liquor. Auch bei 4 schwer syphilitischen Tieren fand Vortr. das Liquorpunktat ebenfalls auf Wassermann negativ reagierend. Wichtig ist bei allen diesen Versuchen, daß der Liquor nicht mit Blut vermischt wird, weil die *Wassermann*sche Reaktion im Blutserum auch bei ganz gesunden Kaninchen häufig positiv ist und eine Blutbeimengung zum Liquor leicht eine positive Reaktion der Spinalflüssigkeit vortäuschen kann.

Worauf die Resistenz des Zentralnervensystems gegenüber dem Erreger beruht, ist nur an der Hand neuer Erfahrungstatsachen zu entscheiden. Versuche hierüber sind im Gange.

Weygandt und *Jakob*-Hamburg: Beiträge zur experimentellen Syphilis des Nervensystems.

In der Irrenanstalt Friedrichsberg wurde, neben der Untersuchung von intra vitam exstirpierten Großhirnrindenteilen und der Überimpfung des Bluts und Liquors von Paralytikern auf Kaninchen, vor allem das Nervensystem syphilitischer Kaninchen und Affen untersucht. Eine große Versuchsreihe sollte das Schicksal der in das Hirn eingeführten Spirochäten feststellen; die Tiere wurden Stunden, Tage, Wochen oder Monate nach der zerebralen Injektion abgetötet, aber lebende Spirochäten waren nur zweimal nachweisbar, einmal nach 17 Tagen und einmal nach 5 Monaten. Anscheinend ist das Hirngewebe kein günstiger Nährboden für unser Spirochätenmaterial. Im Gegensatz zu den Straßburger Versuchen sind in Hamburg die syphilitischen Affekte der Haut recht selten gewesen, dagegen zeigte die Mehrzahl der überhaupt mit Erfolg geimpften Kaninchen anatomisch Veränderungen im Nervensystem. Von 34 intravenös geimpften Tieren zeigten 63%, von 28 intratestikulär mit Erfolg geimpften 72% Veränderungen im Zentralnervensystem, wobei auch ganz zirkumskripte leichte meningeale Infiltrationen als positiv gelten. Ferner wurden noch Affen intralumbal und Affen und Kaninchen intrazerebral geimpft. Am häufigsten war das Zentralnervensystem betroffen bei den Hodentieren. Meist bestand meningeale Reizung, mehrfach von der Meningitis ausgehend auch enzephalitische Veränderungen in den äußeren Rindenteilen, und einigemal fanden sich auch herdförmige Erkrankungen im zentralen oder peripheren Nervensystem. Mehrfach zeigte sich bei den zerebral geimpften Tieren wohl eine Meningoenzephalitis, aber die Injektionsstelle selbst war reaktionslos.

Von den Lueseffekten außerhalb des Nervensystems war gelegentlich das Zurückbleiben des Gesamtwuchses gegenüber gleichaltrigen normalen Tieren zu erkennen. Manchmal wurde das Fell struppig. Viermal wurde

Keratitis parenchymatosa beobachtet. Mehrfach kam es zu extremer Abmagerung trotz reger Freßlust. Die beobachtete schiefe Haltung des Kopfes beruhte zweimal auf Labyrintheiterung. Ein Tier fiel durch torpides Verhalten auf. Mehrere Tiere zeigten ante mortem Krämpfe und spastische Extremitätenhaltung.

Unter den Veränderungen des Zentralnervensystems sind zu unterscheiden: 1. meningeale Reizung, 2. endarteriitische und infiltrative Erscheinungen mit Lymphozyten und Plasmazellen, 3. granulomartige Bildungen, an miliare Gummen erinnernd, 4. periarteriitische Erscheinungen mit Ausstreuung von Plasmazellen in das umliegende Gewebe, 5. parenchymatöse Veränderungen mit Gliawucherung und Nervenzellveränderung ohne direkte entzündliche Momente. Letzteres spricht dafür, daß neben entzündlichen Prozessen auch toxische Vorgänge in Betracht kommen.

Bestimmte Anhaltpunkte für eine neurotrope Eigenart einzelner Stämme haben sich noch nicht ergeben. Zur Untersuchung, inwiefern eine individuelle Empfänglichkeit die Nervensyphilis begünstige, wurden schon 1913 Kombinationsversuche vorgenommen, von denen bisher folgende in Untersuchung begriffen sind: 1. Trauma capitis, 2. Trauma medullae spinalis, 3. Alkoholfütterung, 4. Cholesterinfütterung. Besonders deutliche Erfolge der Kombination eines solchen Faktors mit Syphilisimpfung sind noch nicht zu erkennen; die Cholesterintiere, sowohl die syphilitischen als auch die ohne Lues, zeigten nach längerer Fütterung ausgesprochene Atheromatose der Aorta.

Anatomisch untersucht sind bis jetzt im ganzen etwas über 110 Tiere mit Einschluß der Tiere mit zweifellosen Mischinfektionen, deren histologische Veränderungen, soweit wir bis jetzt sehen konnten, anders geartet sind.

An der Hand von Diapositiven werden die charakteristischsten histologischen Befunde im Nervensystem der syphilitisch infizierten Kaninchen erläutert und dabei betont, daß sich die Veränderungen bei den intravenös und intrazerebral geimpften Tieren sowohl als auch bei den positiven Hodenkaninchen in allen histologischen Einzelheiten entsprechen. Die entzündlichen Veränderungen, häufig nur in den bindegewebigen Hüllen lokalisiert, sind bei diesen Tieren nur auf eng begrenzte Gebiete beschränkt, bei anderen zeigen sich mehr diffuse Infiltrationen mit gleichzeitiger Affektion des pialen Randsaums und der von den Hüllen in das Nervengewebe einstrahlenden Gefäße, und schließlich kommt es bei einigen Tieren zu diffus verbreiteten, von den meningealen Affektionen unabhängigen entzündlichen Veränderungen mit Entwicklung enzephalitischer Prozesse und kleiner Granulome, die offenbar alle von Gefäßen ihren Ausgang nehmen. Die Granulome zeigen im Zentrum Zerfallserscheinungen, epitheloide, zum Teil mehrkernige Zellformen und bestehen in ihren peripheren Zonen aus Schichtungen von Lymphozyten und Plasma-

ı. Manchmal läßt sich beobachten, wie bei mehrschichtig infiltrierten ßen das Lumen durch schwere, endarteriitische Prozesse verlegt wird Entstehungsweg der Granulome). Auffallend häufig ist die Am-shornformation bei den syphilitisch infizierten Tieren Sitz der ündlichen Veränderungen. Ähnliche infiltrative Vorgänge — nur ner — finden sich auch in peripheren Nerven.

Von besonderer Wichtigkeit sind noch die bei einigen Tieren unver-nbar ausgesprochenen, von den entzündlichen Erscheinungen unab-gig einhergehenden Parenchymerkrankungen, die in Ganglien-degenerationen und namentlich in deutlichen Gliaproliferationen ihren sdruck finden. Sie zeigen sich offenbar mehr bei bezüglich der syphi-schen Infektion älteren Tieren und sind am hochgradigsten bei einem in-zerebral geimpften Kaninchen entwickelt, bei dem sich 5 Monate nach r Impfung noch lebende Spirochäten im Dunkelfeld nachweisen ließen; ı Zentralnervensystem dieses Tieres sind nur sehr seltene und gering-adige, infiltrativ-entzündliche Vorgänge zu beobachten. Bei einem ande-n, intrazerebral geimpften Tiere, bei dem der Injektionskanal in den entrikel führte, und bei dem ebenfalls 17 Tage nach der Injektion noch bende Spirochäten im Dunkelfeld festgestellt werden konnten, zeigt sich ine leichte basale Meningitis und ein kleiner Granulationsherd im Plexus.

Was die Schwere der Veränderungen, namentlich der entzünd-ichen, angeht, so sind die ganz jung intravenös geimpften Tiere bevor-ugt; aber auch bei Tieren mit Hodensyphilis können sie sehr intensiv ntwickelt sein. Sehr virulente Stämme scheinen auch die Affektionen les Zentralnervensystems zu begünstigen. Jedenfalls gab uns ein außer-ordentlich virulenter Stamm, der in über 90% bei Hodenimpfung anging, auch die meisten Gehirnbefunde. Auffallend ist, daß dieser Stamm bei weiteren Passagen sehr rasch seine Virulenz einbüßte. Weitaus am schwersten im Nervensystem affiziert ist ein Tier mit Hodensyphilomen, das in relativ kurzer Zeit stark abmagerte; Milz- und Leberbrei von diesem Tiere zwei anderen Kaninchen in die Hoden verimpft, erzeugte nach 24 Tagen doppelseitige spirochätenreiche Skrotaltumoren.

Zum Schlusse werden die histologischen Befunde am Nervensystem der syphilitischen Kaninchen mit ähnlichen Erscheinungen der menschlichen Paralyse verglichen und entsprechende Photogramme demonstriert, wo sich — namentlich bei akut verlaufenen oder im Status gestorbenen Paralysen — nicht zu selten enzephalitische Vorgänge (zahlreiche Plasmazellen frei im Gewebe) und kleinere Lymphozyten und Plasmazellherde in der Hirnrinde auffinden lassen, die den bei den Kaninchen gefundenen herdförmigen Prozessen sehr ähnlich sind. Besonders interessante Vergleichsbilder lieferte ein Fall von progressiver Paralyse, wo sich neben zahlreichen kleinen Infiltrationsherden in der Nähe der Gefäße miliare Gummen neben dem charakteristischen Prozeß der Paralyse in der Hirnrinde entwickelt hatten.



Forster-Berlin: Tierimpfungen mit Spirochäten von Paralytikern.

F. berichtet über Versuche zur Frage der Paralysespirochäte, die er gemeinschaftlich mit *Tomasczewski* angestellt hat. Es wurden von 61 Paralytikern mittels der *Neisser-Pollack*schen Hirnpunktion Hirnzylinder entnommen und im Dunkelfeld untersucht. 27 mal, d. h. in 44 %, wurden Spirochäten gefunden. Das Punktionsmaterial von 53 Fällen wurde 60 Kaninchenböcken in die Hoden geimpft. 15 Tiere wurden über 2, 40 über 4 Monate beobachtet, ohne daß irgendwelche Infektionserscheinungen auftraten. Außerdem wurden 13 Affen ausschließlich mit spirochätenreichem Punktionsmaterial in die Lider geimpft. Von diesen Affen waren 7 über 4 Monate in Behandlung, einer starb 27 Tage nach der Infektion, 5 zwischen 60 und 90 Tagen. Aus diesen Versuchen geht hervor, daß die Spirochäte des Paralytikergehirns biologisch verändert sein muß. Ob diese Veränderungen, wie *Ehrlich* das theoretisch vermutet, daran liegen, daß besondere Spirochätenstämme sich allmählich dem Hirn anpassen, ist noch nicht sicher. Es sind Untersuchungen im Gange, ob die Lipoidsubstanz des Hirns allein die Virulenz nicht schon herabsetzt. Bei der Spärlichkeit der Beobachtungen anderer Autoren über geglückte Infektionen mit Paralysehirn ist vielleicht daran zu denken, daß in solchen Fällen eine Kombination von Paralyse- und Hirnsyphilis vorlag. Von diesen Gesichtspunkten aus wäre es wichtig, näheres über den Patienten zu erfahren, mit dessen Hirn *Uhlenhuth* eine Infektion geglückt ist.

Wenn die Frage der Beziehungen zwischen Spirochäte und Paralyse auch noch keineswegs geklärt ist, so bahnt sich doch durch diesen Nachweis der biologischen Veränderung der Paralysespirochäte ein Verständnis an. Jedenfalls kann die Ansicht *Rüdins*, daß kulturelle Verschiedenheiten von direktem (also nicht auf dem Umwege von anderen Lebensgewohnheiten usw.) Einfluß auf das Zustandekommen der Paralyse sind, nunmehr als definitiv erledigt gelten.

O. Fischer-Prag: Über das Vorkommen von gummös-luischen Veränderungen im Rückenmark von Paralytikern.

Die miliaren Gummen *Sträußlers* kommen etwa in 4 % der paralytischen Gehirne vor; aber auch im Rückenmark von Paralytikern findet *F.* recht häufig, wenn auch nur vornehmlich mikroskopisch sichtbare, gummöse Veränderungen. Es werden Präparate folgender Fälle demonstriert:

1. Paralyse mit radikulärer Tabes, wobei die Wurzeldegeneration durch gummöse Veränderungen von mikroskopischer Größe hervorgerufen war.
2. Paralyse mit gummöser Myelitis des Hinterstranges.
3. Paralyse mit einem mikroskopischen Gummi des Ligamentum denticulatum mit reichlichen Riesenzellen und einem kleinen Gefäßgummi des Seitenstranges.



4. Paralytisches Rückenmark mit zirkumskripter schwieliger Verung der Meningen an der hinteren Peripherie und mehrerer kleinster ımiknötchen in dem Hinterstrang mit eingelagerten Riesenzellen.

Diese 4 Fälle ergeben sich bei der systematischen Durchsuchung ı 15 paralytischen Rückenmarken, und mit dem Prozentsatz der miliaren ngummen ergibt sich eine ganz besondere Häufigkeit gummöser Verlerungen im Zentralnervensystem bei Paralytikern. *F.* betont dabei, ß die Rindengummen noch viel häufiger sein müssen, da sie nur solitär rkommen und man bei der gewöhnlichen Hirnuntersuchung kaum $^1/_{10000}$ · Hirnrinde durchsucht. *F.* findet weiter recht häufig kleinste narbenıige Veränderungen in der paralytischen Hirnrinde, von denen zum mindeㄧn ein großer Teil auf derartige ausgeheilte miliare Gummen zu beziehen , was ja nicht verwunderlich ist, da Gummen nicht selten recht kurzɔige Bildungen sind.

Wenn auch erst ein recht kleines Material einer derartig systematihen Untersuchung unterzogen wurde, so ist trotzdem schon aus diesen ıehr vorläufigen Untersuchungen ersichtlich, daß gummöse Veränderunen im Zentralnervensystem von Paralytikern so häufig sind, daß sie für ie Frage der Pathologie und eventuell auch der Therapie berücksichtigt verden sollen.

Diskussion. — *Plaut*-München: Wir haben mit Mitteln, die uns lie *Laehr*-Stiftung zur Verfügung stellte, seit Jahren Impfversuche mit Paralytikermaterial gemacht. Da uns nicht die Möglichkeit gegeben war, lebensfrisches Hirngewebe durch Hirnpunktion zu entnehmen, waren wir auf Leichenmaterial angewiesen. Wir entnahmen die Organe möglichst bald nach dem Tode — in einigen Fällen konnte dies schon 1 Stunde post mortem geschehen — und impften zunächst auf Affen. Neben Gehirn, Rückenmark und Pia wurden Leber, Milz, Knochenmark, Lymphdrüsen und Hoden verwendet. In keinem Falle konnte ein Primäraffekt erzeugt werden. Wir haben nach diesen Mißerfolgen schon vor 4 Jahren versucht, eine Übertragung durch den Liquor herbeizuführen und haben bis in die letzte Zeit hinein derartige Versuche gemacht. Es wurde jeweils eine größere Menge Liquor unter Vermeidung von Abkühlung bei geringer Tourenzahl zentrifugiert und das Sediment anfänglich Affen und späterhin ausschließlich Kaninchen in die Testikel gespritzt.

Hin und wieder traten Vergrößerungen oder Schrumpfungen der Testikel ein, Spirochäten ließen sich jedoch nie nachweisen, und auch die histologischen Untersuchungen, die Herr Prof. *Alzheimer* an diesen Hoden vornahm, ergaben keinen charakteristischen Befund.

Unter einer größeren Anzahl von Untersuchungen von Paralysespinalflüssigkeiten im Dunkelfeld sahen wir zweimal sehr spirochätenverdächtige Gebilde mit lebhafter Eigenbewegung. Die Präparate, die mit diesen Sedimenten nach der *Fontana*schen Methode gemacht wurden,



ließen jedoch keine Spirochäten erkennen, und auch die Impfungen auf Kaninchen verliefen erfolglos.

Es ist uns daher wieder zweifelhaft geworden, ob es sich um Spirochäten in jenen beiden Spinalflüssigkeiten gehandelt hat.

Jedenfalls können wir auf Grund unserer Untersuchungen die Anschauung *Forster*s bestätigen, daß die Infektiosität der Paralysespirochäten als sehr gering oder überhaupt zweifelhaft anzusehen ist.

Wenn es ja auch nicht ausgeschlossen werden kann, daß an den negativen Impfversuchen sekundäre Momente beteiligt sind, so ist doch die Möglichkeit, daß hier eine biologische Eigenart der Paralysespirochäten im Sinne *Forster*s zum Ausdruck gelangt, sehr naheliegend. Die Entscheidung der Frage kann von sehr weittragender Bedeutung für die Pathogenese der sogenannten parasyphilitischen Erkrankungen werden.

Hauptmann-Freiburg berichtet über Impfversuche mit Blut und Liquor von Paralytikern in Kaninchenhoden und intravenös, die bisher (5 Monate) resultatlos geblieben sind. In gleicher Weise negativ verliefen bisher (1 Monat) Züchtungsversuche von Spirochäten mit der *Schereschewski*schen Methode aus Blut und Liquor von Paralytikern.

Uhlenhuth-Straßburg: Die von Herrn *Weygandt* berichtete Schiefhaltung des Kopfes ist eine auch bei nicht syphilitischen Kaninchen beobachtete Erscheinung; sie beruht häufig auf dem Vorhandensein von Ohrmilben. Bezüglich der Impftechnik möchte ich an Herrn *Forster* die Anfrage richten, ob er in die Hoden- oder unter die Hodenhüllen der Kaninchen geimpft hat. Das Nichtangehen seiner Überimpfungsversuche mit Paralytikergehirn kann mit der verhältnismäßig geringen Anzahl der überimpften Spirochäten zusammenhängen, es kann dadurch verursacht sein, daß die Spirochäten — wie es uns ja bei der Paralyse bekannt ist — sehr ungleichmäßig im Gehirn verteilt sind, es kann aber auch — wie ja auch Herr *Forster* annimmt — eine biologische Veränderung der Paralysespirochäte eingetreten sein, die ihre Virulenz speziell für den Kaninchenhoden aufgehoben hat. Analoga hierzu kennen wir aus der Protozoenkunde; so sind z. B. Trypanosomen, nachdem sie durch Mäuse geschickt sind, für Meerschweinchen nicht mehr pathogen. Auch ist in der Bakteriologie neuerdings vielfach von sogenannten Mutationen die Rede. So können wichtige Eigenschaften der Bakterien, z. B. die Agglutinationsfähigkeit, verloren gehen.

Daß biologische Veränderungen im Gehirn vielleicht besonders leicht auftreten, könnte damit zusammenhängen, daß das Gehirn überhaupt kein günstiger Nährboden ist. So könnte das wenig zahlreiche Angehen der Überimpfungen von Paralytikergehirnmaterial zu erklären sein.

Von unseren 6 Überimpfungen haben wir einen positiven Fall zu verzeichnen; wenn wir auf so kleine Zahlen schon eine prozentuale Berechnung aufbauen dürfen, so stellt dies doch schon einen ziemlich großen Prozentsatz dar. Daß der überimpfte positive Fall eine richtige Paralyse

war, darüber wird Herr Sanitätsrat *Ransohoff* nähere Auskunft geben können.

O. Fischer-Prag berichtet über seine ebenfalls negativen Resultate bei der Überimpfung von Paralytikergehirnmaterial auf Kaninchenhoden.

Ransohoff-Stephansfeld: Der Fall, über den Herr *Uhlenhuth* berichtet hat, war eine klinisch und anatomisch einwandfreie Paralyse. Mikroskopisch ist nicht untersucht worden. Von Einzelheiten kann ich heute nichts angeben.

Steiner-Straßburg weist, um Mißverständnissen zu begegnen, nochmals darauf hin, daß zur Erzeugung einer sicheren, anatomisch nachweisbaren Syphilis des Zentralnervensystems beim erwachsenen Kaninchen die Methode der mehrmaligen intravenösen Impfung mit Spirochätenhodenemulsion von ihm empfohlen worden ist, im Gegensatz zu der Hoden- und der einmaligen intravenösen Impfung, bei der eben immer Versager vorkommen.

Forster-Berlin geht genauer auf die von ihm angewandte Impftechnik (bei Kaninchen stets intraparenchymatös) ein und betont die Möglichkeit, daß in den positiven Fällen von Überimpfung paralytischen Gehirnmaterials bezw. Liquors eine Kombination von Paralyse und zerebrospinaler Syphilis vorgelegen haben könne.

Hilffert und *Rosental*-Heidelberg: Zur Frage der klinischen Verwertbarkeit des ***Abderhalden***schen Dialysierverfahrens in der Psychiatrie.

W. Hilffert berichtet über die zusammen mit Dr. *Rosental* an der Heidelberger psychiatrischen Klinik ausgeführten Untersuchungen. Die im Beginn der Untersuchungen allzu häufig auftretende Positivität der Reaktionen ließ Zweifel an der Richtigkeit der ursprünglich bei Dementia praecox erhobenen positiven Befunde aufkommen und gab Veranlassung zu einer gründlichen Nachprüfung der Versuchsanordnung. Die Erfahrungen hierbei deckten sich im wesentlichen mit den von *Oeller* und *Stephan* (Leipzig) gemachten. Die wechselnde Durchlässigkeit der Schläuche für Pepton führte dazu, die Versuche doppelt, d. h. zwei Schläuche mit dem gleichen Organ und Serum, anzusetzen. Eine andere methodische Forderung besteht in der Einführung der inaktiven Kontrollen. Die inaktiven Kontrollen sind jedoch nur als eine Sicherung gegen die Verwertung derjenigen positiven Reaktionen aufzufassen, welche nicht auf Fermentwirkung des Serums, sondern auf dialysablen Substanzen anderen Ursprungs beruhen. Aber auch die inaktiven Kontrollen genügen allein noch nicht allen Kontrollanforderungen. Für den Fall nämlich, daß ein im Versuch gebrauchtes Organ Blut enthielt, konnte der fermentative Abbau des koagulierten Blutkörpereiweißes durch die gegen dieses auch im Normalserum enthaltenen Fermente bedingt sein. Nach dem Vorgang von *Römer* und *Bundschuh* (Illenau) wird deshalb als weitere Kontrolle die Verwendung von aktivem Normalserum im Versuch nachdrücklich gefordert. Nach Anstellung der Ninhydrinreaktion wird eine scharfe Trennung zwischen Registrierung

der Farbreaktion und ihrer späteren praktischen Beurteilung als notwendig bezeichnet. Bei der Aufstellung der Farbenskala ist es zweckmäßig, zwischen die Kategorien negativ und positiv die Kategorie der fraglichen Reaktionen (— ? und ±) einzuschalten, weil in dieser Kategorie möglicherweise Vorstufen schwach positiver Reaktionen enthalten sein können; im wesentlichen jedoch entsprechen wohl die fraglichen Befunde dem negativen Ausfall einer Reaktion.

Die bei Beobachtung all dieser methodischen Kautelen durchgeführten Untersuchungen erstrecken sich bis jetzt auf 160 Fälle. Es wurden 62 Fälle der Dementia praecox untersucht. 38 Männer, 24 Frauen. Unter den 38 Männern waren 3, d. h. 8 %, mit allen Organen (Gehirn, Schilddrüse Hoden) negativ. 4 Fälle gaben positive Reaktionen mit allen Organen. 26 Fälle (63 %) reagierten mit mindestens einem Organ positiv. Ausschließlich fragliche Reaktionen traten 9 mal, d. h. in 22,5 % der Fälle, auf. In 9 Fällen waren positive Reaktionen mit je 2 Organen aufgetreten. Bei den übrigen 13 Fällen war nur je eine positive Reaktion zu verzeichnen.

Unter den 24 Frauen, die an Dementia praecox erkrankt waren, waren 8 % mit allen Organen negativ. Jedoch fand sich ein positives Ergebnis mit 3 Organen bei den Frauen häufiger (25 %) als bei den Männern (9,5 %). Es zeigte sich eine erhebliche Differenz zwischen Männern und Frauen in bezug auf das Reaktionsverhältnis der Geschlechtsdrüsen. Es reagierten nämlich 58 % der Männer, dagegen nur 12 % der Frauen negativ mit Geschlechtsdrüse.

Bei den nicht schizophrenen Psychopathien und Normalfällen zeigten sich folgende Ergebnisse. Es wurden 36 Fälle untersucht. Hiervon gehörten 20 Fälle dem manisch-depressiven Irresein an. Unter 10 manisch-depressiven Männern war keine positive Reaktion vorhanden. 5 Fälle zeigten fragliche Reaktionen. 5 waren glatt negativ. Bei den Frauen traten in 4 Fällen, und zwar vorzugweise bei klimakterischen Depressionen, positive Reaktionen auf. Ein Fall war mit Gehirn positiv, 3 Fälle reagierten positiv mit Ovar. Die übrigen 6 manisch-depressiven Frauen zeigten vereinzelte fragliche Reaktionen. Bei Hysterien (9) und Normalfällen (7) wurden zwar keine positiven Reaktionen beobachtet, dagegen traten ebenfalls einige fragliche Reaktionen auf. Trotz der fraglichen Befunde wurde in keinem Falle der nicht schizophrenen Psychopathien ein gleichzeitiger Abbau von Gehirn und Geschlechtsdrüse beobachtet. Bei der Paralyse, der organischen Epilepsie sowie anderen destruktivea Krankheitsprozessen des Gehirns wurden in einer Anzahl der Fälle keine Abbaufermente nachgewiesen, andere besaßen solche, und zwar manchmal nicht nur gegen Gehirn, sondern gelegentlich auch gegen Thyreoidea und Geschlechtsdrüse. — Das Untersuchungsergebnis zeigte, daß aus den serologischen Befunden allein keine bestimmten diagnostischen Schlüsse zu ziehen sind.



Brückner-Hamburg: Über die diagnostische Bedeutung der *Veil-Kafka*schen Hämolysinreaktion für die Psychiatrie.

B. stellte die Reaktion an in 100 Fällen fast ausschließlich rein sychiatrischen Materials, darunter 40 Kontrollfälle „einfacher Seelenörung", 58 Paralysen und 2 sonstige syphilitische Erkrankungen des entralnervensystems. — Alle Kontrollfälle reagierten negativ, die Paraysen mit wenigen Ausnahmen positiv; aber auch ein Fall von Lues cerebri ind einer von Lues latens zeigten positive Reaktionen. — Wenn somit uch die *Weil-Kafka*sche Reaktion, wofür auch Befunde von *Boas* sprechen, bensowenig wie die *Wassermann*sche geeignet erscheint, sichere Diferentialdiagnosen zwischen Paralyse und anderen syphilitischen Errankungen des Zentralnervensystems zu gestatten, so ist sie doch deswegen praktisch nicht überflüssig, da Fälle vorkommen, in denen alle anderen üblichen Methoden — ausgenommen die *Goldsol*-Reaktion — im Stich lassen, während die *Weil-Kafka*sche Reaktion noch positive Resultate gibt. (Der Vortrag erscheint ausführlich im Archiv für Psychiatrie.)

Diskussion. — *Hauptmann*-Freiburg: Die Fehlerquellen des *Abderhalden*schen Verfahrens sind so groß, daß sie die praktische Brauchbarkeit einstweilen illusorisch machen; fast immer ist es möglich, Resultate, die von der ursprünglich von *Fauser* aufgestellten Theorie abweichen, zu eliminieren, indem man irgendwelche Fehler ausfindig macht. Jede Objektivität in der Bewertung des *Abderhalden*schen Dialysierverfahrens für die Psychiatrie hängt ab von der Beseitigung resp. Beherrschung aller Fehlerquellen. — *H.* kann die *Plaut*schen Untersuchungen über den Einfluß anorganischer Substrate auf den Ausfall der Ninhydrinreaktion bestätigen. Er hat ferner Versuche angestellt über den Grund des positiven Ausfalles mancher Serumkontrollen, den er — entgegen den *Abderhalden*schen Anschauungen — in einem spezifischen Abbau im Serum vorhandener blutfremder Eiweißkörper durch Fermente während des Verweilens der Versuche im Brutschrank erblickt, wodurch manche scheinbar unerklärlichen Resultate bedingt sein können. — Unabhängig von *Stephan* kommt *H.* durch eigene Versuche zu der Anschauung, daß es sich bei dem *A.*-Verfahren um Körper handelt von Amboceptor-Komplementbau (Reaktivierung durch Meerschweinchenserum); auch Komplementbindungsversuche mit Organextrakten scheinen diese Annahme zu stützen. Manche negativen Resultate bei dem bisher geübten *A.*-Ver fahren beruhen auf dem Fehlen des Komplementes im Serum, wie durch den positiven Erfolg bei Zusatz von Meerschweinchenserum (Kontrollen ergaben negative Resultate) bewiesen wird. — Hoffentlich bringt die Anwendung des von *A.* angegebenen Verfahrens mit gefärbten Substraten oder des Komplementbindungsverfahrens eindeutigere Resultate.

F. Sioli-Bonn: *S.* fand bei 16 Manisch-depressiven 1 mal Abbau von Gehirn, 1 mal von Keimdrüse, 4 mal von Schilddrüse. Bei 34 Fällen



von Dementia praecox fand er 13 mal Abbau von Gehirn, 13 mal von Keimdrüse, 15 mal von Schilddrüse, mehrmals von Leber und Niere; bei 6 Fällen fand sich weder von Gehirn noch Keimdrüse noch Schilddrüse Abbau. — Bei 21 Paralytikern fand sich 8 mal positive Serumkontrolle (bei den über 80 Nichtparalytikern fand sich nur 2 mal positive Serumkontrolle), dieser Befund kann wohl nicht auf Versuchsfehlern beruhen, sondern muß auf einer Eigenheit des Paralytikerserums beruhen, ein gleicher Befund wurde nur von *Hussels* erwähnt. Im übrigen fand sich bei den Paralytikern 7 mal kein Abbau von Gehirn, oft aber ein Abbau von Keimdrüse, Schilddrüse, Leber, Niere. — Bei Fällen charakteristischer seniler Demenz wäre wohl ein sehr häufiger Abbau von Gehirn zu erwarten; *S.* fand ihn aber bei 13 Fällen nur 5 mal, dagegen vereinzelt den Abbau von Keimdrüse und Schilddrüse. — Diese Befunde zeigen einen unverkennbaren Unterschied von manisch-depressiven und anderen Psychosen, wie er auch aus der Literatur immer wieder hervorgeht, mit den *Fauser*schen Reaktionstypen stimmen die Befunde andrerseits durchaus nicht überein. — *S.* hat weiterhin eine Versuchsreihe, vorzugweise von senilen Fällen, gleichzeitig mit den Gehirnen von Normalem, Katatoniker, Paralytiker, Senilem begonnen: diese zeigt bemerkenswerte Unterschiede, indem die senilen Fälle fast regelmäßig das senile Gehirn, vereinzelt aber nur die andern Gehirne abbauen, Katatoniker- und Paralytikerserum aber nicht das senile Gehirn abbaut. Vielleicht kann diese sonst ungeprüfte Möglichkeit manche der widersprechenden Angaben der Literatur erklären. — Es ist zu folgern, daß wir noch in einem Stadium der kritischen Vorversuche sind, nicht der klinischen Versuchsreihen. Die unverkennbaren Unterschiede lassen *Plaut*s Verwerfung der Methode als ungerechtfertigt erscheinen.

Rittershaus-Hamburg: Die Ausführungen *Plaut*s scheinen nicht ganz beweisend zu sein. Er hat nur ca. 70 Fälle gegenüber einer weit größeren Zahl anderer Untersucher. Dieselben Einwände, die man heute gegen *Abderhalden-Fauser* vorbringt, hat man doch auch gegen die *Wassermann*sche Reaktion gemacht, auch hier gibt es zweifelhafte Fälle, eine negative und pseudonegative Schwankung und keineswegs 100% einwandfreie Resultate. *Plaut* schließt die Unzuverlässigkeit der Methode einmal daraus, daß Dementia-praecox-Fälle negativ reagierten, er hatte dabei aber nur Gehirn und Geschlechtsdrüsen eingestellt. Vielleicht hätten bei entsprechender Untersuchung gerade diese Fälle Abbau anderer Organe gezeigt. Ferner reagierten einige Manisch-melancholische und Hysterische positiv auf Gehirn, teilweise auch auf Geschlechtsdrüsen. Nun müssen wir aber doch gerade bei diesen Erkrankungen mehr als sonst mit der Möglichkeit diagnostischer Überraschungen rechnen, ohne daß man sich deshalb auf den *Urstein*schen Standpunkt zu stellen braucht. Es kann sich immer noch, auch in den scheinbar klarsten Fällen, eine Dementia praecox entwickeln, oder das Leiden verläuft ausgesprochen chronisch und

führt zu einer gewissen Demenz. Solche Fälle, für die *R.* früher den Namen „perniziöse Manie“ bezw. „Melancholie“ vorgeschlagen hatte, ergeben auch teilweise den Abbau von Hirnmark und -rinde. Die widersprechenden Befunde *Plauts* sind vielleicht ein wichtiger diagnostischer Fingerzeig für die Zukunft.

Nissl-Heidelberg: Nach den gestrigen Vorträgen vertrat ein Teil der Redner einen enthusiastischen Standpunkt bezüglich der *Abderhalden*-Reaktion, auf der anderen Seite verwarf Kollege *Plaut* die *Abderhalden*sche Untersuchungstechnik und die ihr zugrunde liegenden hypothetischen Anschauungen absolut. Die Sache hat für ihn nur mehr noch ein psychologisches Interesse. Die heute zu Worte gekommenen Redner nahmen einen mehr zurückhaltenden, abwartenden Standpunkt ein. Nach unseren Heidelberger Ergebnissen schließe ich mich den letzteren an, ohne zu leugnen, daß ich mich mehr noch nach links in der Richtung *Plauts* stellen möchte. Es kann zurzeit absolut noch nicht davon die Rede sein, den Ausfall der Reaktion irgendwie klinisch zu verwerten. Aber einer so definitiven Aburteilung, wie ich sie gestern von *Plaut* gehört habe, kann ich durchaus nicht zustimmen. Vor allem habe ich in dem Vortrage von *Plaut* eine überzeugende Begründung seines Urteils vermißt. — Mag auch die Technik zurzeit noch recht ungenügend sein, mögen auch die hypothetischen Grundlagen, die zu dieser Technik geführt haben, falsch sein, eines läßt sich nicht einfach wegdisputieren, daß nämlich bei sorgfältigster und kritischer Ausführung der bisherigen Technik, bei größeren Kontrollansprüchen, als sie selbst *Abderhalden* verlangt, bei Ausschaltung des psychologischen Momentes dadurch, daß der die Befunde registrierende und durch einen zweiten kontrollierte Arzt keine Ahnung hat, um welche Fälle es sich handelt, und endlich bei Einführung von Zwischengraden zwischen den klar ausgesprochenen negativen und den positiven Befunden — allerdings zunächst klar nur bei dem männlichen Geschlecht die nicht schizophrenen Psychopathen ein übereinstimmendes und ein wesentlich anderes Resultat geben als andere Fälle. Dieses Ergebnis gibt zu denken. Ich bitte Sie, betrachten Sie einmal genau unsere Heidelberger Tabellen. Ist da die Vermutung unberechtigt, daß hinter der komplizierten Seite nicht doch ein richtiger Kern steckt? Es ist recht billig, einfach zu sagen, daß das gesamte Resultat ein Zufall sein kann. Ich möchte vielmehr sagen, daß wir die Pflicht haben, weiterzuarbeiten und uns zu bemühen, die Technik zu vervollkommnen. Der Grundgedanke der *Wassermann*schen Reaktion ist doch auch recht hypothetisch, um nicht zu sagen falsch, und wir arbeiten bei ihr im Grunde wie mit einer Gleichung mit vielen Unbekannten, und doch hat sich die *Wassermann*sche Reaktion als ein wichtiges Hilfsmittel für die Klinik erwiesen. Also weiterarbeiten und nicht ohne weiteres bei viel widersprechenden und unverständlichen Resultaten das Kind mit dem Bade ausschütten. Auf der anderen Seite aber halte ich es für einen groben Unfug, heute schon die Resultate klinisch

zu verwerten oder gar in forensischen Gutachtenfällen oder zur Indikationsstellung für chirurgische Eingriffe sie mitzubenutzen.

Bundschuh-Illenau weist auf seine zahlreichen, gemeinsam mit *Roemer* ausgeführten Untersuchungen hin, deren Ergebnisse im großen ganzen mit denen *Fausers* und besonders *Kafkas* übereinstimmen, und bei denen sie mit allen Kautelen vorgingen. Neben der Kontrolle des Serums (1,5 ccm), die stets negativ war, wurden namentlich die Organsubstrate, von deren Darstellung und Beschaffenheit der ganze Erfolg des Dialysierverfahrens vor allem abhängig ist, einer sehr scharfen Prüfung und Kontrolle unterworfen, einmal, indem sie jeweils mit inaktivem Serum angesetzt, dann indem sie durch die Versuchsanordnung [1]) selbst kontrolliert wurden; so wurde in fast jedem Versuche ein Gesunder mituntersucht, dessen Serum nach ihren eigenen zahlreichen und auch anderweitigen Untersuchungen niemals einen Abbau zeigt; dann wurden die meisten Seren in demselben Versuche gleichzeitig mit mehreren Organen derselben Art, aber verschiedener Provenienz untersucht, und zwar fast durchweg mit demselben Ausschlage; ferner wurde der Hoden mit weiblichem und das Ovarium mit männlichem Serum zusammengebracht. Der Versuch selbst wurde vor Anstellung der Ninhydrinreaktion, die durch ein drittes mit der Diagnose der Fälle nicht Vertrautes ausgeführt wurde, ganz regellos durcheinandergestellt und völlig unabhängig vom Versuchsprotokoll abgelesen und notiert. Außerdem wurden die Ablesungen vielfach durch Andere, Unbeteiligte nachgeprüft. Dabei wurden zur Untersuchung aus prinzipiellen Gründen nur solche Fälle herangezogen, deren klinische Diagnosen von vornherein absolut feststanden. Der etwaige Einwand einer Korrektur der Diagnosen je nach dem Ausfalle der Reaktion ist deshalb hinfällig. — Die auf diese Weise gewonnenen und zudem mit denen anderer Forscher übereinstimmenden Ergebnisse müssen den ablehnenden Standpunkt *Plauts* widerlegen, der zudem nicht genügend motiviert und schon deshalb nicht haltbar ist. Es ist doch ganz undenkbar, daß die mit einer derartig komplizierten Technik und Versuchsanordnung und zwar von den verschiedensten Seiten erhobenen und übereinstimmenden Befunde nur ein Spiel des Zufalles sind. — Infolge der verschiedenen Fehlerquellen, mit denen in erster Reihe die widersprechenden Ergebnisse, wohl auch die *Plauts*, zu erklären sind, ist die Dialysiermethode noch kein ganz ideales Untersuchungsverfahren. Auf der andern Seite sind die Fehlerquellen aber auch nicht zu überschätzen, und es ist nicht angängig, nur sie, speziell auch den Hülsenfehler, für die Versager verantwortlich zu machen; denn bei einwandfreier Technik ist es sehr wohl möglich, mit der Dialysiermethode brauchbare und zuverlässige Resultate zu erhalten, wie auch die Untersuchungen auf nicht-psychiatrischem Gebiete gezeigt haben, die in derselben Richtung liegen wie die psychiatrischen. Da die widersprechen-

[1]) Vgl. Psychiatrisch-neurologische Wochenschr. Nr. 48, 1913/14.



Mitteilungen zum Teil auch auf die verschiedenartige klinische Auf-
sung zurückzuführen sind, ist die Veröffentlichung der Krankheits-
chichten unter allen Umständen zu verlangen. — Die vorliegenden
sitiven Befunde sind zweifellos vom wissenschaftlichen Standpunkte
Pathogenese aus von allerhöchstem Interesse und von größter Be-
itung. Eine andere Frage ist die, ob die neue Methodik bereits für
ferentialdiagnostische Zwecke verwendet werden kann, was nur dann
öglich ist, wenn die serologischen Ergebnisse konstante sind, und zwar
cht nur für das ungefähre Gros der Fälle; es müßten sich klinische Krank-
itsform und serologischer Reaktionstypus regelmäßig decken. Dies ist
n nach ihren zahlreichen, mehrmals (3- bis 4 mal) wiederholten Nach-
ntersuchungen nicht ganz der Fall; so zeigten vereinzelte, sichere De-
entia-praecox-Kranke bei Nachuntersuchung gelegentlich keinen Abbau,
nd bei Manisch-depressiven fand sich, allerdings sehr selten, zeitweise
in Abbau von Gehirn oder Geschlechts- oder Schilddrüse. Worauf diese
Differenzen beruhen, läßt sich noch nicht entscheiden; es können innere
Ursachen sein oder aber auch äußere, durch die Technik bedingte Momente
mitspielen. Infolge der letzteren Möglichkeit ist die Nachprüfung der Er-
gebnisse des Dialysierverfahrens durch eine zweite Methode, die optische,
dringend geboten. — Als ein zuverlässiges differentialdiagnostisches Hilfs-
mittel kann also die neue Methode zurzeit noch nicht angesehen werden.
Erst weitere genaue klinische und serologische Parallelbeobachtungen von
längerer Dauer können aus dem Stadium der wissenschaftlichen Unter-
suchung in das der praktischen Verwertbarkeit weiterführen.

Stertz-Breslau berichtet, daß die an der Breslauer Klinik von *Golla* angestellten Versuche mit 238 Seren zu ähnlichen Resultaten geführt haben, wie sie Herr *Sioli* soeben darlegte. Auch dort zeigte sich ein Überwiegen von Organabbau bei Paralyse, Dementia praecox, während bei Psychopathen und Manisch-depressiven die entsprechenden Reaktionen nur in kleiner Minderzahl gefunden wurden. Es kam vor, daß das gleiche Serum bei wiederholter Untersuchung verschieden reagierte. Ein spezieller Reaktionstypus im Sinne *Abderhalden*s war nicht immer zu konstatieren, auch die Geschlechtsspezifizität traf gelegentlich nicht zu. Diagnostische und therapeutische Anhaltpunkte sind aus der Methode in ihrer gegenwärtigen Form nicht herzuleiten.

Roemer-Illenau weist auf die Resultate seiner gemeinsam mit *Bundschuh* ausgeführten Untersuchungen hin, die er auf der Versammlung südwestdeutscher Irrenärzte im November 1913 mitgeteilt hat [1]), und die durch die inzwischen erweiterten Erfahrungen in allen wesentlichen Punkten bestätigt wurden: Gesunde zeigten niemals Abbau irgendwelcher Organe, bei den thyreogenen Psychoneurosen ergab sich neben oder ohne Abbau von Gehirn stets Abbau von Schilddrüse, Struma oder *Basedow*-

[1]) Vgl. den Bericht Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 71, S. 309 ff.

Schilddrüse; es ist somit die Qualität der verwendeten Schilddrüsensubstanz jeweils zu berücksichtigen. Bei der Dementia praecox fand sich zwar kein gesetzmäßiger Reaktionstypus beim Abbau von Gehirn, Schilddrüse und Geschlechtsdrüse, immerhin überwog ganz unverkennbar der Typus mit Gehirn und Geschlechtsdrüse positiv, mit Schilddrüse negativ, und zwar bei allen Stadien, Verlaufsarten (inklusive den periodischen) und klinischen Formen. Bei den katatonen Formen konnten die Untersucher die von *Wegener* behauptete Häufigkeit des Schilddrüsenabbaus nicht bestätigen. Bei den mehrfach untersuchten Schizophreniefällen sahen sie vereinzelt und episodisch negative Reaktion mit allen drei Organen. Was die Manisch-depressiven anlangt, so wurde ein Abbau stets vermißt bis auf 3 Fälle, von denen bei Nachuntersuchungen einer einmal mit Schilddrüse (bei vorhandener Struma), einer einmal mit Testikel und bei einmaliger Untersuchung einer mit allen drei Organen positiv war. Somit bietet das ganze überwiegende Gros der Fälle die von *Fauser* entdeckte Regelmäßigkeit. Was die erwähnten „Ausnahmen" betrifft, so müssen diese Fälle natürlich klinisch und serologisch genau weiterverfolgt und hierbei die Dialysierversuche durch eine zweite Methode kontrolliert werden. Demnach handelt es sich um eine relative, nicht um eine absolute Konstanz der serologischen Befunde bei den uns heute bekannten Krankheitsformen. Dieser Tatbestand kann nur den überraschen, der bisher der Meinung war, die serologischen Reaktionstypen und die zurzeit unterschiedenen klinischen Krankheitsformen stellten Kreise vor, die sich in vollem Umfange decken müßten. Diese Annahme haben wir von Anfang an als durchaus unwahrscheinlich abgelehnt, und zwar aus mehrfachen Gründen; einmal weist die Geschichte der klinischen Psychiatrie während der letzten zwei Jahrzehnte, speziell hinsichtlich der Abgrenzung zwischen manisch-depressivem Irresein und Dementia praecox, so häufige und so ausgiebige Schwankungen der Anschauungen auf, daß es ein außerordentlicher Zufall sein müßte, ließe sich gerade die heutige Lehre auf serologischem Wege in allen Einzelheiten als zutreffend erhärten — ganz abgesehen von den sicher vorhandenen Differenzen in der klinischen Beurteilung seitens der verschiedenen Untersucher. Hierzu kommt dann, daß der biologische Charakter der *Abderhalden*schen Untersuchungsmethoden ein unerläßliches exaktes Zusammengehen der serologischen Reaktionen mit bestimmten Krankheitszuständen im Sinne eines mathematischen Rechenexempels von vornherein nicht erwarten läßt: eine positive Reaktion kann durch bisher noch nicht genügend kontrollierbare Vorgänge längere oder kürzere Zeit verdeckt werden oder infolge einer vorübergehenden oder dauernden reaktiven Insuffizienz des Organismus ausbleiben. Endlich wird man mit Schwankungen im Fermentgehalt des Blutes zu rechnen haben, so daß eine einmalige Untersuchung zur Erhebung des charakteristischen serologischen Bildes nicht ausreicht. Und schließlich muß auch die Möglich-

, zufälliger somatischer Komplikationen sehr berücksichtigt werden. :er diesen Umständen muß die bisher schon weitgehende Überein- nmung unter der weitaus überwiegenden Zahl der Untersucher ungleich werer wiegen als die bisher bekannt gewordenen Differenzen. Wir inden uns aber, wie schon früher ausgeführt, mit der Anwendung der *lerhalden*schen Methoden auf die Psychiatrie noch durchaus im Stadium · wissenschaftlichen Untersuchung, noch nicht in dem der praktischen rwertbarkeit für unser therapeutisches Handeln und unser diagnostisches ›wägen. Entspricht der Ausfall der serologischen Reaktion der Er- ırtung, so kann er unter größter Reserve vielleicht — als Adjuvans ge- ssermaßen — bei der diagnostischen Überlegung mit eingerechnet :rden; entspricht er der Erwartung nicht, so kann er die klinische Dia- .ose auf keinen Fall umstoßen. Damit ist aber schon gesagt, daß die :ue Methodik uns ein differentialdiagnostisches Kriterium im eigent- :hen Sinne zurzeit noch nicht in die Hand gibt. Um dies Ziel zu er- :ichen, bedarf es der Sammlung ausführlicher Krankheitsgeschichten ıit fortlaufender klinischer und serologischer Beobachtung. Hierzu ollten nur ganz sichere und seit längerer Zeit bekannte Fälle ausgesucht ‹erden, wächst doch erfahrunggemäß die diagnostische Sicherheit mit ıer Dauer der Beobachtung. Wie die noch unlängst von angesehenen 'orschern angezweifelte Serodiagnostik der Schwangerschaft heute wohl ıllgemein anerkannt ist, so dürfte sich auch die Verwertung der *Abder- ıalden*schen Methodik für die Psychiatrie in dem von *Fauser* inaugurierten Sinne trotz der Einwendungen *Plaut*s in Bälde durchsetzen. Hierbei wird kein Untersucher darüber im unklaren sein, daß das Dialysierver- fahren in seiner jetzigen Form der Vervollkommnung bedürftig, aber auch fähig ist und die von *Abderhalden* selbst am lebhaftesten verlangte Ergän- zung durch die optische Methode erfordert. Bezüglich der vorläufigen pathogenetischen Bewertung der Befunde wird auf die frühere Mitteilung verwiesen.

Rosenfeld-Straßburg berichtet über 50 Fälle, welche nach dem *Abderhalden*schen Dialysierverfahren untersucht waren. Es ergab sich, daß in Fällen von Dementia praecox positive Reaktionen auf Gehirn und Testikel häufiger sind als bei den anderen, funktionellen psychischen Störungen, namentlich beim manisch-depressiven Irresein. Von 19 Fällen von Dementia praecox reagierten 12 positiv auf Gehirn, 10 positiv auf Testikel. Auch bei echten Epileptikern war die Zahl der Fälle, welche Abwehrfermente gegen Gehirn und Testikel erkennen ließen, recht erheblich. Beachtung verdient vielleicht noch, daß in 2 Fällen von Epilepsie die positive Reaktion auf Gehirn nicht gleich, d. h. am 1. und 2. Tage nach dem Anfall vorhanden war, sondern erst nach etwa 8 bis 10 Tagen. Bei 2 normalen Männern im Alter von 21 bis 40 Jahren wurde in 2 verschiedenen Untersuchungen deutliche positive Reaktion auf Testikel gefunden. (Die Untersuchungen werden später in einer Doktorarbeit zusammengestellt werden.)



Siemens-Lauenburg: Alle Bestrebungen, welche darauf hinzielen, das Dunkel zu lüften, welches bedauerlicherweise noch über den pathogenetischen Grundzuständen der Geisteskrankheiten lagert, sind mit Freuden zu begrüßen. Wenn die serologischen Untersuchungen eine solche Aussicht eröffneten, so ist das sicher in hohem Grade unserer Beachtung wert. — Daß den bisherigen Methoden noch Unsicherheiten und Fehler anhaften, das teilen sie mit allen andern derartigen Versuchen. Die andern sollten sich dieserhalb nicht überheben, und zu Spott und Hohn scheint mir und andern noch kein Grund vorhanden zu sein.

Kastan (Schlußwort): Es gibt verschiedene Abbauvorgänge. Ein Organ kann in mannigfaltiger Weise dysfunktionieren, wie ihm ja auch verschiedene Funktionen zukommen. Aus der Reaktion allein lassen sich ohne genaue klinische Beobachtung differentialdiagnostische Schlüsse nicht ziehen. Gerade die *Abderhalden*sche Reaktion wird durch gewisse körperliche Vorgänge erheblich beeinflußt. Das optische Verfahren wird bessere Resultate liefern. Nach Erwähnung einer geeigneten Kontrollmethode weist *K.* noch darauf hin, daß auch jugendliche Dementia praecox-Kranke in der Weise untersucht werden müßten, ob ihr Serum die eigenen Keimdrüsen oder Thymus abbaut. Sektionen katatonisch-stuporöser Kranker ergaben in 2 Fällen Thymuspersistenz.

Fauser (Schlußwort): Manche in den übrigen Vorträgen und während der Diskussion gegen meine Befunde und Ansichten erhobenen Einwände sind teils durch meinen eigenen Vortrag, teils durch die Diskussion selbst schon widerlegt worden. Auf die besonders von Herrn *Hauptmann* betonten technischen Schwierigkeiten habe ich selbst schon oft hingewiesen. Die Weiterentwicklung der *Abderhalden*schen Grundanschauungen in der letzten Zeit habe ich in meinem Vortrag ausdrücklich berücksichtigt (namentlich auch in dem mit Rücksicht auf die Zeit nicht zum Vortrag gebrachten Schlußabschnitt, der sich mit pathogenetischen Problemen beschäftigt). Herrn *Nissl* muß ich erwidern, daß es mir niemals eingefallen ist, zu behaupten, man könne sich bei forensischen Begutachtungen lediglich auf den serologischen Befund stützen; der serologische Befund kann wohl für den Gang der klinischen Untersuchung Direktiven geben, mehr oder minder wahrscheinliche Vermutungen erwecken, aber eine klinische Diagnose kann nur unter Berücksichtigung aller Symptome, insbesondere auch der psychischen, gestellt werden. Schilddrüsenoperationen bei nervösen und psychischen Störungen kommen, wie aus meinem Vortrag hervorgeht, für mich nur in Frage bei vorhandener Struma, wenn sich im Blut Ferment gegen Schilddrüse nachweisen läßt. Strumektomien werden doch schon auch bisher, auch ohne Fermentnachweis und ohne psychische Symptome, gemacht, ich vermag nicht einzusehen, warum das Vorhandensein der letzteren eine Kontraindikation abgeben soll. Herr *Nissl* kann also mit seinen Bemerkungen nicht auf meinen Vortrag abgezielt haben. — Nach dem Vortrage des Herrn *Plaut*

·e ja eigentlich eine Diskussion gar nicht mehr nötig: für Herrn *Plaut* die Sache wissenschaftlich endgültig erledigt, für ihn hat die Sache ır auch ein gewisses psychiatrisches Interesse, aber lediglich unter dem ıichtspunkte des Geisteszustandes ihrer Urheber und Verbreiter. Aber rr *Plaut* hat sich seine Beweisführung doch etwas sehr leicht gemacht. n den 20 Fällen, die wir in Stuttgart für ihn untersucht haben, brauche nicht mehr zu sprechen, ich habe dieselben Fall für Fall bereits durchıommen. Die Zahl der eigenen Untersuchungen des Herrn *Plaut* ist ıe recht kleine, ich selbst habe allein mindestens 10 mal mehr Fälle tersucht als Herr *Plaut*; im Verhältnis zu der sehr großen Zahl der ıtersuchungen anderer sind die Zahlen des Herrn *Plaut* vollends sehr ›ine. Aber Herr *Plaut* hat hierfür ein sehr einfaches Rezept: ein Teil r Befunde anderer ist deswegen wertlos, weil sie mit den diagnostischen hematen, die Herrn *Plaut* geläufig sind, nicht übereinstimmen, ein anderer ›il, weil resp. obgleich sie mit ihnen übereinstimmen — in letzterem Falle ıben nämlich, wie Herr *Plaut* meint, die Untersucher die klinischen iagnosen im voraus gekannt. Aber sie haben sie dann doch auch gekannt denjenigen Fällen, wo sie zu abweichenden serologischen Befunden ›kommen sind; warum hat sich denn dann der hypnoseähnliche Zustand, ı dem sich diese Untersucher nach Herrn *Plaut* befunden haben, nicht auch uf diejenigen serologischen Befunde erstreckt, die über die herrschenden linischen Krankheitserscheinungen hinausgreifen? Und Herrn *Plaut* ıüßte doch eigentich auch bekannt sein, daß ich selbst schon vor mehr ls Jahresfrist eine Arbeit veröffentlicht habe, worin ich ein Verfahren childerte, mit dem man seinen eigenen, im eigenen Laboratorium auszuührenden Untersuchungen vollständig fremd und unparteiisch gegenıberstehen kann, und daß ich eine Anzahl von Fällen veröffentlicht habe, lie nach dieser Methode untersucht worden sind. Ich hätte doch eigentlich ›rwarten dürfen, daß Herr *Plaut* meine Arbeiten vorher liest, ehe er in so ıbfälliger Weise sich darüber äußert. Herr *Plaut* hat dann u. a. gesagt: ,Herr *Fauser* und seine Anhänger werden von ihrem Glauben doch nicht ıblassen." Darauf bemerke ich: in dieser Frage gibt es keine „Anhänger", ‹eine Sekte, sondern nur selbständige, ernsthafte Arbeiter; hier gibt es ıuch keinen „Glauben", sondern nur wissenschaftliche Ansichten. Meine Ansichten sind auf wissenschaftlichem Wege gewonnen, sie können nur ıuf demselben Wege widerlegt werden. Damit aber, daß Herr *Plaut* gesprochen hat, und nach der Art und Weise, wie er gesprochen hat, ist die Sache für mich und für andere noch lange nicht erledigt.

Kafka (Schlußwort) betont, daß ihn *Plaut*s Vorwurf nicht treffen könne, da sich, wie aus seiner Zusammenstellung ersichtlich war, doch genug Unstimmigkeiten ergaben, da ferner der Serologe bei einem großen Teil der Fälle die Diagnose vorher gar nicht erfuhr, und er die Reaktionen fast immer den Herren zeigte, die ihm das Blut geschickt hatten, und auch besondere Versuche in ärztlichen Versammlungen demonstrierte. *K.*



möchte vor allem hervorheben, daß sich nur aus der Zusammenfassung eines großen Materials, dem die Fehler einzelner Fälle nicht mehr so anhaften, die naturwissenschaftliche Bedeutung der Methode ergibt und sich dann zeigt, daß wir einzelnes schon als sicher annehmen können, und daß hinter der Methode etwas steckt. Ganz besonders unterstützt uns da der Tierversuch, mit dessen Hilfe es gelingt, eine ganz neue Abwehrmaßregel des tierischen Organismus, die Bildung organspezifischer Abwehrfermente, zu studieren, und der uns Fingerzeige gibt, solche Bedingungen auch für das Krankenserum herzustellen. Daß wir auf diesem Wege sind, daß uns hier die Urinkontrolle gute Dienste leistet, daß Herabgehen mit der Serummenge, Vordialyse und vieles andere nun versucht werden muß, hat *K.* in seinem Vortrage hervorgehoben. Es hat ihn auch ganz besonders befriedigt, daß *Hauptmann Stephan*s Ergebnisse bestätigen kann, denn hierdurch würde sich die Möglichkeit, auch am Krankenbette mit dem Serum sicherer zu arbeiten, ergeben, ganz abgesehen von dem großen theoretischen Wert dieser Feststellungen. Es wäre nochmals darauf hinzuweisen, daß temporärer Abbau eines Organes vorkommen kann und daher mehrmalige Untersuchung nötig ist; auch aus diesem Grunde ist der Urinversuch wertvoll. — Herr *Hauptmann* sei in einem Punkte noch berichtigt: *K.* konnte die Familie eines Dementia-praecox-Kranken untersuchen; der Patient selbst bot bei mehrmaliger Untersuchung Abbau von Gehirnrinde, Gehirnmark und Hoden, Vater, Bruder und eine Schwester zeigten ganz negativen Befund, während die andere Schwester im Serum Abbau von Gehirnmark erkennen ließ. Als wir später erfuhren, daß gerade diese Schwester sehr nervös ist, mußte das doch registriert werden, vielleicht hat sie Anwartschaft auf Dementia praecox. — Herrn *Brückner* gegenüber möchte *K.* hervorheben, daß er selbst mit *Rautenberg* sich in der letzten Arbeit dahin geäußert hat, daß bei der Paralyse die Hämolysinreaktion in den positiven Fällen ständig und unabhängig von den anderen Liquorreaktionen vorkommt, bei der Lues cerebri jedoch, wenn überhaupt, nur vorübergehend und von hohen Liquorreaktionen begleitet ist. Es dürfte daher wohl der eine Fall von Lues cerebri, bei dem die Reaktion einmal negativ, einmal positiv war, nicht zu verwerten sein, ebenso wie der andere Fall, der mit hohen Reaktionen einhergeht, weiterer Untersuchung bedarf.

Plaut (Schlußwort): Ich habe mit all der Sorgfalt, welche die Angelegenheit verdient, mich bemüht, ein sicheres Urteil über die Brauchbarkeit der Methode zu gewinnen. Neben 65 von mir selbst untersuchten Fällen verfüge ich, um dies nochmals hervorzuheben, über 17 Fälle, die Herr Dr. *Lampé*, und über 20 Fälle, die Herr Dr. *Fauser* ohne Kenntnis der Diagnosen für uns untersuchte; das macht reichlich 100 Fälle. Wie ich bereits betont habe, haben zahlenmäßige Angaben deshalb einen nur problematischen Wert, weil man bei Benutzung des entsprechenden Organs verschiedener Menschen sehr divergierende Resultate erhalten kann.



Jedenfalls ist die Zahl der untersuchten Fälle groß genug, um zu prüfen, ob die positive Reaktion mit Keimdrüsen sich für die Diagnose der Dementia praecox und die positive Reaktion mit Gehirn sich für die Annahme einer nicht funktionellen Erkrankung des Gehirns verwerten läßt. Ich bin hier absichtlich nur auf diese beiden Fragen eingegangen, und ich kann nach unseren Erfahrungen nicht anders, als sie verneinen. — Die Versuche, die von verschiedenen Seiten gemacht worden sind, unsere Fehlresultate auf die Unsicherheit der klinischen Diagnostik zurückzuführen, sind erstaunlich. Denn gerade die Herren, welche die Methode empfehlen und in annähernd 100% positiven Keimdrüsenabbau bei Dementia praecox und in 100% negatives Verhalten bei manisch-depressivem Irresein fanden, haben hierdurch doch gerade der klinischen Diagnostik das glänzendste Zeugnis ausgestellt. Sie haben gezeigt, daß die klinische Diagnostik die Fälle besser sortiert, als wir bis dahin annehmen konnten. — Wenn ich von suggestiven Einflüssen für das Zustandekommen der stimmigen Resultate gesprochen habe, so war das keineswegs scherzhaft gemeint, sondern der Ausdruck meiner wissenschaftlichen Überzeugung. Gerade weil die der Methode zugrunde liegenden Vorstellungen so ingeniös sind, ist ihre suggestive Kraft eine sehr hohe. Die Richtigkeit dieser Vorstellungen wird nun durch eine Methodik zu stützen versucht, die in weitestem Maße subjektive Deutungen gestattet. Da läßt sich die Wirkung der Autosuggestion nur sehr schwer vermeiden. Ich war selbst eine Zeitlang, während ich mit der Methode arbeitete, sehr nahe daran, ihr zu verfallen. — Da ich mich davon überzeugt habe, daß die Dialysiermethode in ihrer gegenwärtigen Ausgestaltung so eindeutige Resultate, wie sie eine Anzahl von Autoren erhielt, gar nicht zu liefern vermag, sehe ich keine andere Erklärung für ihr Zustandekommen als die gegebene. Nun hätte man gewiß keinen Anlaß, mit Schärfe dieser Strömung entgegenzutreten, wenn sie sich im Rahmen einer vorsichtig tastenden und zunächst einfach registrierenden Forschung gehalten hätte. Das ist jedoch keineswegs geschehen. Man hat vielmehr bereits die Dialysierresultate bei der Diagnosestellung mitsprechen lassen, und, was besonders beunruhigend ist, man hat sie für die Ausführung chirurgischer Eingriffe und sogar für Entscheidungen in foro verwertet. Die Mehrzahl der Herren, und besondes Herr *Fauser*, haben sich heute schon sehr viel vorsichtiger ausgedrückt. Daß manche jedoch bisher weniger vorsichtig waren, geht aus ihren Publikationen mit aller Deutlichkeit hervor. — Daß die Forschungsrichtung, die *Abderhalden* eingeleitet hat, in ihrer unbestreitbaren Genialität noch einmal etwas für die psychiatrische Diagnostik Wertvolles zu bringen vermag, soll keineswegs bestritten werden. Das gegenwärtig Erreichte kann ich jedoch nicht als wertvoll anerkennen. Die nahe Zukunft wird lehren, ob die Bejaher oder die Verneiner Recht behalten. Niemand würde sich mehr freuen als ich, wenn die Bejaher trotz allem recht behielten, aber ich glaube nicht daran.



Rosental faßt im Schlußwort zu den von *Hilffert* mitgeteilten gemeinsamen Untersuchungsergebnissen den Standpunkt der Heidelberger Klinik folgendermaßen zusammen: 1. Die Forschungsrichtung *Abderhaldens* beruht wohl auf richtigen Gedankengängen, das sogenannte Dialysierverfahren ist aber wegen der vielen Fehlerquellen bei klinischen Fragestellungen keine zuverlässige Methode zum Nachweis der Abwehrfermente. 2. Durch die doppelte Schlauchführung und inaktive Kontrollen können manche Versuchsfehler aufgedeckt werden; es ist also nicht zu verstehen, weshalb diese Maßnahmen von *Abderhalden* nicht befürwortet werden. Doch zeigt sich bei derartig erweiterter Versuchsanordnung, daß es zwischen dem positiven und negativen Ausfall der Reaktion Übergangstufen gibt, und daß die untere Positivitätsgrenze relativ ist. 3. Mit Rücksicht auf diese Erfahrungen muß der Wert derjenigen Veröffentlichungen angezweifelt werden, durch welche die Angaben *Fausers* ohne jede Einschränkung bestätigt worden sind. — Es ist nicht richtig, daß bei sämtlichen Schizophrenen durchwegs positive Reaktionen mit Hirnrinde und Geschlechtsdrüse gefunden werden, während andererseits bei Manisch-depressiven diese Reaktionen immer glatt negativ ausfallen sollen. Abgesehen von den glatt negativ reagierenden Fällen der Dementia praecox gibt es doch bei Schizophrenen eine Anzahl der „fraglichen“ Reaktionen, welche ebenso bei nicht Schizophrenen und Normalen vorkommen können. Insbesondere das Fehlen dieser „fraglichen“ Reaktionen in den meisten Kasuistiken läßt sich nur durch den verführerischen Einfluß der klinischen Diagnose erklären. — In klinischer Hinsicht ist mit diesen „fraglichen“ Reaktionen gar nichts anzufangen, ebenso wie mit den negativen. Anderseits unterliegt es im Lichte der vorgebrachten Kasuistik keinem Zweifel, daß das Dialysierverfahren bei der Mehrzahl der Dementia-praecox-Kranken positive Befunde liefert und die serologische Reaktionsweise bei Schizophrenen, wenn man von organischen Erkrankungsprozessen des Gehirns absieht, trotz der negativen Befunde, im ganzen wohl eine wesentlich andere ist wie bei den nicht Schizophrenen. Bei männlichen Psychopathen und in Normalfällen wurde bis jetzt keine einzige positive Reaktion gefunden; die Zahl der positiven Befunde bei weiblichen Psychopathen ist verschwindend klein im Vergleich mit der Häufigkeit derartiger Reaktionen bei dementiapraecox-kranken Frauen. — Aus diesem Grunde müssen die Behauptungen *Plauts* entschieden zurückgewiesen werden, daß bei manischdepressiven sich ebenso wie bei Dementia-praecox-Kranken der Abbau verschiedener Substrate findet. Vor allem hat *Plaut* kein auf einheitlicher Methodik beruhendes statistisches Material geliefert, durch welches er seine Aufstellungen stützen könnte; außerdem geht es aus seiner früheren Veröffentlichung unzweideutig hervor, daß seine eigene Untersuchungsmethodik große Fehler enthält.

4. Sitzung,

25. April, 2 Uhr nachmittags.

Nießl v. Mayendorf-Leipzig: Über die funktionellen Wech-lbeziehungen zwischen beiden Hemisphären.

Die Erforschung der funktionellen Einflüsse einer Großhirnhälfte auf e andere wird für ihre Schlüsse Tatsachen herbeizuziehen und zu sam-eln haben, welche dreifacher Erfahrungsrichtung angehören: 1. der Kennt-s von den anatomischen Zusammenhängen beider Hemisphären; 2. den rscheinungen, welche sich aus der Lösung dieser Verbindungen ergeben; den Erscheinungen, welche bei Zerstörung einer Hemisphäre aus deren nktioneller Ausschaltung sich zeigen. Der Balken besteht, wie sich it den feineren Methoden der sekundären Degeneration nachweisen läßt, ur aus Kommissurenbündeln und aus Faserzügen, die, den Balken als Kreuzungsgebiet benutzend, in die kontralaterale innere Kapsel ein-trahlen (die Existenz der bisher geleugneten Stabkranz-Balkenzüge werde ich in einer demnächst erscheinenden Abhandlung beweisen) Balkenlängsbündel oder sich im Balken kreuzende Assoziations-systeme habe ich bei keiner Schnittrichtung wahrnehmen können. Die Kasuistik der Balkenerkrankungen läßt bei unvoreingenommener Be-trachtung die vollständige Abwesenheit aller Symptome als das Sym-ptom der Isolierung der beiden Hemisphären voneinander hervortreten. Geschwülste, die auch die Balkenmitte einnehmen, sind nicht verwertbar. Daran leiden die Anschauungen über den der Apraxie zugrunde liegenden Hirnmechanismus. Theoretisch möglich wäre Apraxie bei pathologischer Unterbrechung der die Zentralwindungen beider Hemisphären in leitende Beziehung setzenden Faserbrücke, indem durch den gleichzeitigen Unter-gang der sich hier kreuzenden Stabkranzbündel die Einwirkung der linken Ca. auf die rechte Ca. aufgehoben und eine Apraxie oder Dyspraxie der linken oberen Extremität die Folge sein müßte. Eine ganz auf den fron-talen Balken beschränkte Erweichung bleibt stets symptomenlos. Das-selbe gilt für die Herde im Splenium, wenn sie auf keine der beiden Hemi-sphären hinübergreifen. Das Symptom der Seelenblindheit, welches bei ein- oder beiderseitiger Durchbrechung der Sehstrahlung beschrieben wird, steht in keiner kausalen Abhängigkeit von der gleichzeitig, meist gar nicht einmal primären Läsion des Spleniums, wie die Autoren vermuten.

Die funktionellen Ausfälle, die sich nach dem Untergang einer Hemisphäre bemerkbar machen, sind ihrem Charakter und ihrer Schwere nach von der Seite abhängig, welcher die zumeist im Gebrauch stehende Extremität angehört, und zwar ist es, wie bekannt, die entgegengesetzte Großhirnhälfte, die sich dann an der Gesamtheit aller nervösen Leistungen in hervorragendstem Maße beteiligt. Würden die beiden Hemisphären zwei Kugelhälften darstellen, die aus ihrer vereinigten Tätigkeit ein Neues, ein Ganzes, eine funktionelle Einheit wie das Bewußtsein hervor-

gehen lassen, müßte der Verlust einer Hemisphärenfunktion Bewußtseinszerfall nach sich ziehen. Dies ist aber nicht der Fall. Wir sehen entweder nur die Folgen einer schweren Gehirnerkrankung in ihrer Wirkung auf die Funktionen der gesunden Großhirnhälfte oder, wenn die sonst im Gebrauch stehende leistungsunfähig wird, ein ungeübtes, aber analog tätiges Organ vor uns spielen. Hieraus ergibt sich zweierlei: 1. Jede Hemisphäre enthält ein abgeschlossenes Weltbild, indem sie die zentrale Projektion des ganzen Körpers repräsentiert. 2. Die bewundernswerte unübersehbare Zahl der kombinierten Funktionen wird nur durch die funktionelle Überwertigkeit einer Hemisphäre über die andere erreicht. Die Bildung von Vorstellungen über die Vereinigung beider, je ein ganzes Bewußtsein konstituierenden Hemisphärenleben zu einer Einheit würde über den Rahmen der aus der greifbarsten Empirie zwangweise resultierenden Folgerungen hinwegeilen, ebenso wie Gedanken über Höhe und Entwicklung des einseitigen Hemisphärenlebens sich der Schwelle einer plausiblen Hypothese kaum näherten. (Ausführlich: Arch. f. Psych.)

K. Brodmann-Tübingen: Fall familiärer Idiotie mit neuartigem anatomischen Befund.

Das klinische Bild hat symptomatologisch gewisse Ähnlichkeit mit der sogenannten familiären amaurotischen Idiotie, namentlich mit dem spätinfantilen Typus. Die Erkrankung betrifft 3 von Geburt gesunde Kinder aus nichtjüdischer Familie mit konvergenter Blutsverwandtschaft. Keine Lues, kein Potus. Beginn im 4. Jahre, Dauer 9 bzw. 5 Jahre. Langsam progressive Verblödung und Erblindung unter Krämpfen, Ataxie und Lähmungserscheinungen. Einfache Optikusatrophie. Kein Makulafleck. Keine Retinaveränderungen. Jahrelanges Terminalstadium. Paralyseähnlicher Zustand mit tiefstem Blödsinn und körperlich schwerstem Siechtum.

Anatomisch (13 jähriger Knabe): Diffuser Massenschwund des ganzen Zentralnervensystems, namentlich der Hemisphären. Schwartige Leptomeningitis. Hochgradiger Hydrocephalus externus, Hirngewicht 450 g statt 1300 g Durchschnittsgewicht. Exzessive Atrophie aller Teile um fast zwei Drittel des Normalvolumens (im Gegensatz zur amaurotischen Idiotie, wo makroskopisch keine oder nur geringfügige Veränderungen beobachtet werden). Sehr kleines Kleinhirn, Gewicht 64 g statt 180 g. — Mikroskopisch: Ausgebreiteter Untergang aller nervösen Elemente und entsprechende schwerste Verödung von Rinden- und Marksubstanz. Ubiquitäre Ganglienzellenerkrankung mit Aufblähung der Zellkörper (im Kleinhirn auch der Dendriten). Ablagerung eines pigmentähnlichen, körnigen Abbaustoffes in denselben und späterer Zerfall der Zellen. Über weite Windungsgebiete völliger Schwund der Rinde (spongiöser Rindenschwund). Im Marklager Untergang der Markscheiden- und Achsenzylinder unter Bildung massenhafter Fettkörnchenzellen. Starke Gliawucherungen, Zerfall der normalen Glia, Auftreten massenhafter faserbildender Riesengliazellen und amöboider Gliazellen. Wiederabbau



r gewucherten Gliaelemente. Keine Herde, diffuse Beteiligung aller bschnitte. In den Hemisphären überwiegende Erkrankung der spätmarkifen Gebiete. Völliges Fehlen der Körnerschicht im Kleinhirn, Wucheng einer supragranulären Gliaschicht und Untergang der *Purkinje*schen ellen. Ausgeprägte Strangdegeneration in Hirnstamm und Rückenmark. n den Gefäßen reichlich Fettkörnchenzellen.

Trotz mancher Übereinstimmungen, insbesondere der Ganglienellenerkrankung, handelt es sich um einen besonderen histopathologischen rozeß, der im Hinblick auf die wesentlichen anatomischen Unterschiede chronische Leptomeningitis, Massenschwund des Nervengewebes, Bevorugung gewisser Windungsgebiete, Beteiligung der Marksubstanz an dem erfallprozeß, schwere Gliaveränderungen, Strangdegenerationen) von der igentlichen amaurotischen Idiotie zu trennen ist.

Rittershaus-Hamburg: Untersuchungen der Aufmerksamkeitsschwankungen.

Zur experimentellen Untersuchung von Aufmerksamkeitsschwankungen schlägt Vortr. eine Modifikation des *Bourdon*schen Verfahrens vor (Buchstabenausstreichen) und benutzt nach dem Beispiele von *Mikulski* einen sinnlosen Text, nur aus Konsonanten bestehend. Mit Hilfe von zwei Stoppuhren wird fortlaufend die Zeit gemessen, die zu jeder einzelnen Zeile gebraucht wird, und das Resultat in Kurvenform graphisch dargestellt. Schon bei gleichbleibendem Reiz, d. h. wenn sich in jeder Zeile die gleiche Anzahl des zu suchenden Buchstabens befindet, zeigen sich beim Normalen zahlreiche Zacken der Kurve, die zum Teil sicherlich auf die bekannten, auch sonst experimentell nachweisbaren Schwankungen der Aufmerksamkeit zurückzuführen sind. Vortr. schlägt für diese physiologischen, kleinen Schwankungen die Bezeichnung „Oszillationen der Aufmerksamkeit" vor, im Gegensatz zu den viel gröberen Schwankungen unter pathologischen Verhältnissen.

Bei ungleichmäßigem Reiz ist das Verhältnis zwischen der Zeit- und der Buchstabenkurve sehr charakteristisch. Vorführung einiger Resultate, die auch differentialdiagnostisch von Bedeutung zu sein scheinen. Ausführliche Veröffentlichung an anderem Ort.

Hoche-Freiburg, zur Geschäftsordnung: Durch einen Irrtum über die Dauer der Diskussion bin ich gestern (ebenso wie andere) nicht in die Lage gekommen, meine Stellung zur Frage der verminderten Zurechnungsfähigkeit zu präzisieren. Ich bedaure das, weil so der Eindruck erweckt werden kann, als ob die Versammlung im wesentlichen mit dem ablehnenden Standpunkte *Wilmanns* einverstanden gewesen wäre; das Gegenteil dürfte richtig sein. Ich halte *Wilmanns* Bedenken für zu weitgehend und seine Vorschläge nicht für glücklich. Die Frage der Behandlung der v. Zgen. ist ohne Rest nicht zu lösen; nachdem nun endlich unser alter Wunsch nach gesetzlicher Einführung des Begriffes





der v. Zkt. der Erfüllung entgegengeht, halte ich es für bedenklich, durch neue Skrupel unserer früheren Stellungnahme die Stoßkraft zu nehmen. Von den möglichen Wegen ist der im Vorentwurf beschrittene der beste und aussichtvollste.

Bonhoeffer-Berlin: Ich bin gestern demselben Irrtum verfallen wie Herr Kollege *Hoche*, und ich möchte gleichfalls zum Ausdruck bringen und halte mich dazu besonders verpflichtet, weil Untersuchungen von mir mit zur Grundlage gegenteiliger Anschauungen gemacht worden sind, daß ich die Einführung der v. Zkt. in das Strafgesetzbuch für durchaus notwendig halte.

Kraepelin-München schließt sich den beiden Vorrednern an.

Rosenfeld-Straßburg: Untersuchungen über Störungen des rhythmischen Gefühls.

Vortr. berichtet über Untersuchungen, welche sich damit beschäftigen, zu prüfen, ob taktmäßige oder rhythmische Vorgänge von einer Versuchsperson in richtiger Weise nachgeahmt werden können, ob eine Versuchsperson imstande ist, eine rhythmische Folge von Geräuschen durch eine entsprechende Körperbewegung genau zu reproduzieren, d. h. also die eigene Motorik auf einen bestimmten Rhythmus einzustellen. Es handelt sich also um die Fähigkeit zu rhythmischen Körperbewegungen, wie sie z. B. beim Tanz, dann auch beim Marsch und bei gewissen Formen gemeinsamer gleichmäßiger Arbeit von jedem geleistet werden können — die bekannten drei Formen rhythmischer Körperbewegungen, welche aber unter sich noch in bezug auf ihren psychologischen Mechanismus sehr verschieden sind. — Welche Überlegungen ließen es nun zweckmäßig erscheinen, diese Fähigkeit zum Nachahmen rhythmischer Vorgänge außer uns bei psychisch Kranken zu prüfen? Von psychologischer Seite ist darauf hingewiesen worden, daß das Gefühl für taktmäßige rhythmische Vorgänge dem Tiere fehlt. *Wallascheck* erwähnt das mangelnde Gefühl für Rhythmus bei Pferden und weist auf die Schwierigkeit hin, bei gewissen Dressurproduktionen dieser Tiere den Schein des Gefühls für taktmäßige Vorgänge aufrechtzuerhalten. Die genauere Beobachtung rhythmischer Vorgänge außer uns veranlaßt unwillkürlich beim Menschen ein leises Mittun resp. Nachahmen der betreffenden taktmäßigen Vorgänge. Es gehört aber dazu — wie *Mach* sagt — eine größere, feinere psychische Empfindlichkeit, zu der besonders vielleicht allein die menschliche Psyche befähigt ist. Vortr. weist kurz auf die Beziehungen der sogenannten rhythmischen Gefühle zu den Affekten hin. Unter den zusammengesetzten Gefühlen ist das rhythmische Gefühl besonders geeignet, Affekte zu entwickeln. Sie stellen infolge des Gebundenseins an einen bestimmten zeitlichen Ablauf den nächsten Übergang zu den Affekten dar. Nun ist es bekannt, daß die Fähigkeit, rhythmische Vorgänge, welche sich außer uns abspielen, zu reproduzieren, sich ihnen anzupassen und die eigene Motorik mehr oder



ıiger bewußt darauf einzustellen, bei den verschiedenen Menschen r verschieden ausgebildet sein kann. Von feineren Vorgängen dieser ; sei hier ganz abgesehen. Wir können aber feststellen, daß gewisse mitive Vorgänge der genannten Art sich mit großer Regelmäßigkeit m Menschen finden. So ist es ja bekannt, daß beim gemeinsamen rschieren — man kann sagen ganz instinktiv — das Streben auftritt, ı auf den Rhythmus, in welchem der Nebenmann marschiert, einzullen. Es fehlt also die mehr oder weniger bewußte Einstellung auf ʼthmische Vorgänge außer uns beim Gesunden wohl nie vollständig. .e verhält sich nun diese Fähigkeit bei psychisch Kranken? Vortr. hat h bei seinen Versuchen allein darauf beschränkt, zu prüfen, inwieweit ıe Versuchsperson imstande ist, eine ihm zu Gehör gebrachte rhythısche Folge von Geräuschen zu reproduzieren, d. h. also mit Hilfe irgendıer Bewegung den wahrgenommenen Rhythmus nachzuahmen. Die ersuche wurden nun zunächst in der Weise angestellt, daß Vortr. der ersuchsperson mit irgend zwei Gegenständen einen bestimmten Rhythus eine Zeitlang vorklopfte und die Versuchsperson dann aufforderte, demselben Rhythmus mitzuklopfen und den Rhythmus so nachzuımen. Mit dieser sehr primitiven Versuchsanordnung ließen sich schon ʼobe Differenzen in dem Verhalten mancher Gruppen von Kranken festellen. Um die Vorgänge aber etwas genauer zu prüfen und namentlich ı einer graphischen Darstellung der Leistungen der Versuchsperson zu ılangen, hat sich Vortr. folgender Versuchsanordnung bedient. Der ersuchsperson wurde aufgegeben, den Taster eines einfachen Stromnterbrechers niederzudrücken und loszulassen und diese Bewegungen ı einem bestimmten Rhythmus auszuführen, welcher der Versuchsperson orher oder auch während des Versuches von dem Vortr. vorgeklopft ʼurde. In den Stromkreis war außer dem Stromunterbrecher noch ein leiner Elektromagnet mit Schreibhebel armiert eingeschaltet, welcher lie Bewegungen des Stromunterbrechers auf der Trommel eines Kymoraphions markierte. Vortr. demonstrierte die so erhaltenen Kurven, velche von Normalen, von hysterischen und manisch-depressiven Kranken ınd von Kranken der Dementia-praecox-Gruppe stammen. Das Verhalten ler Versuchsperson der letzten Gruppe war ein grundsätzlich verschiedenes von demjenigen der Versuchsperson der beiden ersten Gruppen. Es trat die Unfähigkeit der Kranken der Katatonikergruppe, eine Folge von rhythmischen Geräuschen in der oben angegebenen Weise nachzuahmen, deutlich hervor. Es ließen sich noch verschiedene Intensitätsgrade der genannten Störung unterscheiden. In manchen Fällen ließ sich die Neigung zu Bewegungsstereotypien auf diese Weise gut zur Darstellung bringen. — Da das Verhalten der Fälle der Dementia-praecox-Gruppe von denjenigen der anderen Versuchspersonen so sehr verschieden war, so erscheint die Frage berechtigt, ob das Verhalten der Kranken bei der oben mitgeteilten Versuchsanordnung zur Differentialdiagnose verwertet werden kann.



Zwar nicht gerade zur Differentialdiagnose zwischen Dementia praecox und manisch-depressivem Irresein. Wohl aber vielleicht zur Beurteilung der Frage nach der bei einem Kranken vorhandenen affektiven Ansprechbarkeit. (Die Untersuchungen werden demnächst im Archiv für Psychiatrie ausführlich mitgeteilt werden.)

Kleist-Erlangen: Über paranoide Erkrankungen.

Außer den im Rückbildungsalter auftretenden paranoischen Erkrankungen, die der Vortr. unter der Bezeichnung Involutionsparanoia beschrieben hat, und außer den mit Wahnvorstellungen einhergehenden Fällen von Dementia praecox kommen endogene wahnbildende Erkrankungen vor: paranoide Defektpsychosen. Sie stimmen zu einem erheblichen Teil mit den von *Kraepelin* so genannten Paraphrenien überein. Bei Männern sind diese Erkrankungen etwas häufiger als bei Frauen. Beginn meistens zwischen 30. und 40. Lebensjahr. Es ließen sich — wenn auch nicht scharf — zwei Formen unterscheiden: eine kleinere Gruppe halluzinatorisch-paranoider und eine größere Gruppe phantastisch-paranoider Erkrankungen.

Die halluzinatorisch-paranoiden Erkrankungen (endogene Halluzinosen) erinnern, besonders im Anfang, sehr an die Trinkerhalluzinose. Unter den Paraphrenien *Kraepelins* finden sie sich nicht geschildert. Verlauf teils allmählich ansteigend, teils schubweise remittierend. Massenhafte Phoneme, wenig andere Halluzinationen. Die Kranken leiden unter den Sinnestäuschungen, betrachten sie besonders anfangs als etwas Krankhaftes. Im Inhalt der Stimmen treten neben Vorwürfen und Drohungen mehr und mehr beliebige andere Vorstellungen hervor (halluzinatorisches Anklingen fast aller Einfälle und Gedanken). Die Erklärungsideen und anderen Wahnvorstellungen wechseln im weiteren Verlauf und widersprechen sich zum Teil. In den Wahnvorstellungen und im Inhalt der Sinnestäuschungen macht sich mehr oder weniger deutlich ein phantastisches Element bemerkbar (5000 M. Lösegeld sollen für den Kranken bezahlt werden, ein Zeitungsroman wird über ihn veröffentlicht, die ganze Anstalt ist voll von seinen Verfolgern). Dabei treten auch andeutungweise und zweifelnd geäußert Größengedanken auf (der Kranke sei im Talmud als Prophet geweissagt). Die Wahnvorstellungen haben nicht den starken Affektwert wie z. B. bei Querulanten und bei der Involutionsparanoia. Es besteht nicht dauernd eine mißtrauisch-feindselige Stimmung, Zornausbrüche gehen rasch vorüber, der Kranke verkehrt zwischendurch mit seinen Feinden, der Wahn hat nicht den vollen Wert der Wirklichkeit. Die Krankheit läßt große Teile der Psyche unberührt. Es entwickelt sich nur ein gewisser Ausfall an Betätigung, doch ohne katatonische Zeichen. Einzelne sprachlich falsch gebildete Termini und vereinzelte andere falsch gebildete Worte werden gelegentlich beobachtet.

Die phantastisch paranoiden Erkrankungen sind durch



ne phantastische Störung des Vorstellungslebens und phantastische Vahnbildung gekennzeichnet. Halluzinationen treten zurück und können ehlen. Im späteren Verlauf treten hier häufiger als bei der halluzinatorichen Form sprachliche Verfehlung und einzelne motorische Störungen besonders Gesichtsparakinesen) auf. Die Spontaneität der Kranken läßt fter mehr nach als bei den halluzinatorischen Formen. Trotzdem bleiben iese Symptome gering, und es erscheint nicht angängig, die Fälle zur Katatonie zu zählen. Auch die dem Vortr. für Schizophrenie kennzeichnend erscheinenden „paralogischen" Vertauschungen und Verquickungen einfacher Gegenstandsvorstellungen fehlen diesen Kranken. Die phanastische Störung betrifft die höheren zusammengesetzten Vorstellungsverbände. Demgemäß treten Verkennungen der Personen und der Umgebung, falsche Vorstellungen über die Beschaffenheit des eigenen Körpers (Verwandlung des Geschlechts, Menschen, Tiere im Leib) und Fehlvorstellungen über die eigene Persönlichkeit (besonders phantastische Größenvorstellungen) auf. Die phantastische Störung des Vorstellens äußert sich in Einfällen, Erinnerungstäuschungen und Wahrnehmungsverfälschungen. Besonders groß ist die Rolle der Erinnerungsfälschungen. Die phantastische Störung läßt sich auch außerhalb der Wahnbildung als eine allgemeine Störung in der Aktivierung höherer Vorstellungskomplexe nachweisen. Sie ist gewissen Störungen des Vorstellens im Traume nahe verwandt. Die Fehlvorstellungen wechseln vielfach, widersprechen sich häufig und lassen die richtige Auffassung der Dinge neben sich bestehen. Der Affektwert der Wahngebilde ist verhältnismäßig gering, keine dauernd mißtrauische Verstimmung, vorübergehende Affektausbrüche, ohne daß die Kranken aus ihrem Wahn die vollen Konsequenzen zögen. Die Wahnwelt bleibt auch darin der Traumwelt verwandt.

Die phantastisch-paranoiden Fälle weisen untereinander manche Verschiedenheiten auf. Aber die Unterformen, die man aufstellen kann, sind durch viele Übergänge miteinander verbunden. Einzelne Kranke zeichnen sich durch ungemein zahlreiche Erinnerungsfälschungen hinsichtlich persönlicher Erlebnisse aus (konfabulierende Form, entsprechend *Kraepelins* konfabulierender Paraphrenie und *Neissers* Paraphrenia confabulans). Einige andere Kranke zeigen Ideenflucht, leichten Rede- und Bewegungsdrang, gehobene Stimmung: ideenflüchtige Form. Es sind wohl dieselben Fälle, die *Kraepelin* als expansive Paraphrenie bezeichnet, nur scheint mir das Ideenflüchtige, Manieartige für diese Kranken mehr und ausschließlicher kennzeichnend zu sein als das Expansive. Die übrigbleibenden Fälle dürften im wesentlichen *Kraepelins* phantastischer Paraphrenie entsprechen. Doch sind sie untereinander auch nicht gleichartig. Nach der Art des Wahns und dem Befallensein der einzelnen Bewußtseinsgebiete kann man in Anlehnung an *Wernickes* Schilderung der paranoischen Zustände autopsychisch-expansive, allopsychisch-persekutorische und somatopsychische Formen unterscheiden. Endlich verdient Erwähnung,



daß die phantastische Störung und Wahnbildung bei einzelnen Erkrankungen, die langsam ansteigend verlaufen, erst spät abenteuerlichere Formen annimmt. Die Wahnbildung ist anfangs lange Zeit umschrieben, an ein affektvoll überwertiges Erlebnis geknüpft (Eifersuchts- und Vergewaltigungswahn). Vielleicht sind die vom Vortr. in dieser Weise aufgefaßten Fälle in *Kräpelins* Paraphrenia systematica enthalten, für deren Aufstellung das Material des Vortr. sonst keinen Anhalt gab.

Pfersdorff-Straßburg: Über Paraphrenien.

Vortr. berichtet über die paraphrenieartigen Erkrankungen, die in den letzten 20 Jahren in der Straßburger Klinik und in der Bezirksheilanstalt Stephansfeld zur Beobachtung kamen. Diese Fälle, die erst im zweiten Dezennium der Psychose die Symptome der Demenz (die zumeist nicht stark entwickelt sind) zu zeigen pflegen, lassen zahlreiche Beziehungen erkennen zu gewissen chronischen Verlaufsarten der Dementia praecox (cf. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 1911, Bd. 30, H. 3). Es sind dies jene Verlaufsarten, die keinen Wechsel der Verblödungsrichtung zeigen, bei denen das Rezidiv sich klinisch ebenso gestaltet wie die erstmalige Erkrankung; in der Remission sind die Symptome des akuten Stadiums weniger stark entwickelt, oder sie fehlen ganz, je nach der Art der beteiligten Komplexe. Diese „periodischen" Verlaufsarten lassen sich in 4 Gruppen einteilen, deren wesentliche Merkmale hier in aller Kürze mitgeteilt werden müssen.

1. Gruppe: Akutes Stadium ist ausgezeichnet durch Sinnestäuschungen auf allen Sinnesgebieten, zumeist elementarer Art; Muskelsinnhalluzinationen. Zu gleicher Zeit wird physikalischer Verfolgungswahn produziert. — In der Remission ist affektive Stumpfheit vorhanden; gelegentlich treten Stimmungsschwankungen auf.

2. Gruppe: Das akute Stadium ist charakterisiert durch die depressive Stimmungslage (entweder depressive Erregung oder anfallweise auftretende ängstliche Erregung). Zahlreiche akustische Sinnestäuschungen (schimpfende Stimmen, depressive Eigenbeziehung ist stark entwickelt). — In der Remission besteht Indifferenz mit Neigung zu depressiver Verstimmung. Die Kranken ermüden rasch, sind arbeitsunfähig.

3. Gruppe: Das akute Stadium zeigt eine eigenartige motorische Erregung, die sich im wesentlichen auf die sprachlichen und mimischen Bewegungen beschränkt. Beide sind manieriert, „stilisiert"; die Ausdrucksweise ist unpräzis, mit absonderlicher Wortwahl, bisweilen eigene Terminologie; häufiger Stimmungswechsel. Schimpfanfälle. Keine Wahnideen; keine Sinnestäuschungen. — Die Remission zeigt leichte Manieriertheit, „scheues" Benehmen. Bisweilen Stimmungsschwankungen.

4. Gruppe: Akutes Stadium: motorische Erregung (elementarer Bewegungsdrang mit Neigung zu Stereotypie). Die Erregung wechselt rasch; Schimpfanfälle. Geringe Beeinflußbarkeit. Bisweilen Zustände

on Gebundenheit; keine Vorbeireaktionen. — Die Remission ist durch den 'hasenwechsel sämtlicher Symptome ausgezeichnet. Reizbarkeit mit Neigung zu exzessiven Affektausbrüchen. In späteren Jahren hebt sich ie Remission nicht mehr deutlich ab.

Die paraphrenen Erkrankungen lassen eine Gruppierung erkennen, lie zu den soeben kurz skizzierten Gruppen in Beziehung steht.

Der Gruppe 1 (mit anfallweise auftretendem physikalischen Ver- 'olgungswahn usw.) stehen die Formen nahe, die *Kraepelin* nach dem Vorgange *Magnans* als „Paraphrenia systematica" beschrieben hat. Diese Form unterscheidet sich von der Gruppe 1 dadurch, daß keine freie Remission bei ihr zustande kommt; ferner sind die Sinnestäuschungen komplizierter (innersprachliche Halluzinationen; Gedankenabziehen, -lautwerden, Beeinflussung durch „Hypnose" usw.). Auf Einzelheiten kann im Referat nicht eingegangen werden. Bei der Analyse unseres Krankenmaterials gewinnt man den Eindruck, daß die Gruppe der „Paraphrenia systematica" mindestens zur Hälfte auch noch von andersartigen Formen gestellt wird; von Formen, die der oben kurz geschilderten Gruppe 2 und der 4. Gruppe nahestehen. Vortr. möchte diese Gruppen wegen der zahlreichen Berührungspunkte mit dem manisch-depressiven Irresein als manisch-depressiven Typus der Verlaufsart bezeichnen. Die hierher gehörigen paraphrenen Formen unterscheiden sich von den oben kurz beschriebenen periodischen Gruppen durch die Entwicklung von Sinnestäuschungen, durch die starke Eigenbeziehung, durch Wahnbildung; dies gilt besonders für die Abgrenzung gegenüber der Gruppe 4, mit denen die paraphrenen Gruppen vorzugweise das motorische Verhalten gemeinsam haben. Die Gruppe 2 (der periodischen Verlaufsarten) zeigt genau, wie die entsprechende paraphrene Gruppe zahlreiche Sinnestäuschungen und stark entwickelte Eigenbeziehung. Hervorzuheben ist, daß in diesem manisch-depressiven Typus die Sinnestäuschungen affektiv gefärbt sind, und daß ihr Inhalt vom Kranken als berechtigt anerkannt wird; es ist dies eine Stellungnahme, die die uns im echten manisch-depressiven Anfall nahezu stets begegnet. Diese Formen stellen nun, wie ich glaube, auch ein Kontingent zur Paraphrenia systematica, sie zeigen auch eine Evolution, die lediglich durch Stimmungsschwankungen bedingt wird. Die religiöse Form (mit Vorwiegen optischer und deliriöser Sinnestäuschungen), die *Kraepelin* beschreibt, gehört dieser Gruppe zu. Die religiösen Formen waren in unserem Material sogar stark vertreten.

Der Gruppe 3 stehen die Formen von Paraphrenie nahe, die mit Manieriertheit besonders auf sprachlichem Gebiet einhergehen, nur daß auch hier wieder die paraphrene Gruppe außer der Manieriertheit noch Wahnideen und Sinnestäuschungen (ausschließlich akustische) produziert. Diese Gruppe zeigt die katatonen Züge am deutlichsten, auch pflegt die Verblödung bei ihr rascher einzusetzen und sich stärker zu entwickeln wie bei den übrigen Formen.



Die konfabulierende Form fand sich sehr selten. — Die phantastische Form (die frühere Dementia paranoides) war ziemlich häufig vertreten.

Hervorzuheben ist, daß alle Gruppen (die 3. dauernd) sprachliche Anomalien zeigen, die nicht im Detail geschildert werden können, von denen jedoch hier nur hervorgehoben sei, daß sie in den einzelnen Gruppen verschieden sich präsentieren: die „systematische" Form produziert eine eigene Terminologie (die leicht als Sprachverwirrtheit imponiert). In der manierierten Gruppe ist vorzugweise die Ausdrucksweise manieriert, im „manisch-depressiven" Typus ist Neigung zu Stereotypien vorhanden. Zusammenfassend läßt sich sagen: Die von *Kraepelin* aufgestellten Formen fanden sich sämtlich auch in unserem Material vor; außerdem lassen sich noch andere Formen nachweisen. Die zahlreichen Berührungspunkte mit den periodischen Verlaufsarten der Dementia praecox lassen eine Gruppierung der Fälle im Anschluß an die Symptomatologie der periodischen Verlaufsarten als zweckmäßig erscheinen; im Rahmen des Referats läßt sich diese Gruppierung nur ganz schematisch geben. Die Möglichkeit einer derartigen Gruppierung beweist, daß die Paraphrenien tatsächlich der Gruppe der Dementia praecox zuzurechnen sind.

v. Hattingberg-München: Die systematischen Spaltungen der schizophrenen Psyche.

Alle psychischen Spaltungshypothesen enthalten implizite die oft gar nicht ausgesprochene Annahme, daß durch den Spaltungsvorgang das psychische Ganze in Einheiten zerfalle, die schon vordem in irgendeiner Weise, sei es auch nur als „funktionelle", existiert haben. Die niedrigsten dieser supponierten Einheiten sind die einzelnen „Vorstellungen", in die nach *Wernicke* bei der Sejunktion und ebenso nach *Bleuler* bei der „primären Assoziationsstörung" das bis dahin einheitliche psychische Ganze aufgelöst würde. *Wernicke*s Anschauung liegt die für unser heutiges Denken unannehmbare Idee von einer Lokalisation einzelner Vorstellungen zugrunde. *Bleuler* lehnt zwar diese Konsequenz ausdrücklich ab, ohne jedoch anzugeben, welchen Erklärungswert sein rein deskriptiver und gerade in dieser Beziehung zu unklarer Begriff dann noch haben kann. Die Annahme einer Spaltung in Vorstellungs„komplexe" wurde von *Jung* ausgebaut und erweitert, und zwar so, daß eigentlich zweierlei Arten von psychischen Elementarverbänden als Komplexe bezeichnet werden. — Die einen, die „unqualifizierten" Komplexe, wie man sie nennen könnte, sind „funktionelle Einheiten aus Sinnesempfindungen und intellektuellen Komponenten, die durch den gleichen Gefühlston charakterisiert werden". Eine derartige Annahme wird selbst durch *Kraepelin*s Kritik nicht getroffen, und die konsequente Weiterbildung einer darauf begründeten Anschauung gestattet eine viel klarere begriffliche Durchdringung und Darstellung der Mechanismen des „affektiven" Denkens, als es bisher möglich war. — Die anderen, die „autonomen" Komplexe, die „kleinen



Sekundärseelen", wohl am kürzesten die „qualifizierten" Komplexe, haben außer den Merkmalen der „unqualifizierten" noch andere, ihnen allein zukommende. Einmal die „Verdrängung" des betreffenden Erinnerungsmateriales oder eines Teiles davon, weiter eine besondere Beziehung zur Sexualität, vor allem jedoch eine viel größere Selbständigkeit und viel größeren Einfluß auf die psychischen Abläufe. *Jungs* Ansichten über die Bedeutung der Verdrängung und die Beziehung zur Sexualität, die ganz offensichtlich unter dem Einfluß von *Freuds* Hypothese über das ätiologisch wirksame psychische Trauma (Komplex = Lebenswunde) stehen, wurden auch von *Bleuler* ebenso wie die Annahme einer Spaltung in Komplexe für die Schizophrenie in Anspruch genommen. — Nur eine sehr eingehende Darstellung dürfte versuchen, die einzelnen Elemente dieser Anschauung kritisch zu werten. Daß aber zumindest in einzelnen Fällen etwas wie „Spaltung der Persönlichkeit" direkt zu beobachten ist und nicht, wie *Stransky* meint, hineininterpretiert werden muß, beweist eine außerordentlich interessante Selbstschilderung, die unter dem Titel „Die Magie als experimentelle Naturwissenschaft" (*L. Staudenmayer*, Leipzig 1912) vor kurzem erschienen ist. Deren Verfasser beschreibt in unübertrefflich anschaulicher Weise, die jeden Unbefangenen von der Erlebnisechtheit überzeugen muß, das Auftreten von „Personifikationen", die ganz überraschend weitgehende Analogien zu den Komplexen aufweisen. Ebenfalls in dieser Selbstschilderung sind zahlreiche außerordentlich interessante Hinweise darauf enthalten, daß bei der Schizophrenie außer der Spaltung in Komplexe noch eine ganz andersartige vorkommt, die uns schon aus der Psychologie sowohl des Normalen als der Neurotiker bekannt ist. — Während die Komplexe einander nebengeordnete seelische Bezirke sind, die Spaltung also bildlich genommen eine „vertikale", werden bei der „horizontalen", als welche sie seit langem schon in der Literatur graphisch verdeutlicht zu werden pflegt, durch den trennenden Strich Sphären geschieden, deren gegenseitiges Verhältnis das einer Über- und Unterordnung ist wie bei *Dessoirs* „Ober- und Unterbewußtsein", *Janets* „Bewußtem und Unbewußtem" usw. Auch *Stranskys* Unterscheidung zwischen „Noo- und Thymopsyche" gehört hierher, die es im Gegensatz zu den übrigen „horizontalen" Spaltungshypothesen vermeidet, die Bewußtseinsqualität zum unterscheidenden Kriterium zu machen — analog zu *Freuds*, *Jungs* und *Bleulers* Unterscheidung zwischen den zwei Arten des Denkens.

Ihr Mangel liegt in der Begriffsbestimmung der „Thymopsyche". Wenn auch alle Empfindungen der „Noopsyche" zugeteilt werden, ergibt sich mit Notwendigkeit eine rein und ausschließlich dynamische Auffassung des Affektes und als letzte Konsequenz eine Art „Libidotheorie" wie die *Jungs*. Ein Affekt, der einerseits jedes „Inhaltes", jeder „Bezogenheit" und andererseits natürlich auch der Organempfindungs- und aller viszeralen Komponenten beraubt wird, kann nur als eine wirkende Kraft,



nur als eine Energie gedacht werden. Damit würde aber das Bild der „intrapsychischen Ataxie" unhaltbar, denn nur irgendwie Geformtes kann gegen ein anderes Geformtes ataktisch verschoben werden; außer wenn man für jeden einzelnen Affekt eine spezifische Energie und zugleich eine psychische Instanz annehmen wollte, die die einzelnen Vorstellungen richtig oder irrig mit der entsprechenden Affektfarbe kolorieren würde. — Diese Schwierigkeiten fallen gänzlich weg, und zugleich ergibt sich die Möglichkeit, das Wertvolle der *Jung-Bleuler*schen und der *Stransky*schen Anschauungen zu vereinigen bei einer Korrektur ungefähr in folgendem Sinne: Die Thymopsyche, oder wie ich es nennen will, das „Affekt-Instinktsystem", genauer ein ausschließlich innerhalb dieses Systems verlaufendes Denken wäre durch folgende Momente charakterisiert: es ist 1. ausschließlich affektiv bestimmt und geleitet, 2. es kennt nur die direkte Ichbeziehung, dagegen keine Sachbeziehung oder keine Beziehung der einzelnen Komponenten der verschiedenen Simultankomplexe von Sinnesempfindungen aufeinander, die nur durch die Assoziation durch Gleichzeitigkeit (im Sinne *R. Semons*), vor allem aber durch die assoziative Zentrierung um den Kern der gleichen affektiven Situation zusammengebunden werden. Daher gibt es hier keine „Dinge" oder Sachbegriffe wie den Baum, sondern nur z. B. Baumeindrücke und keine „abstrakten Begriffe". — Alle mit einem bestimmten Affekt oder in einer bestimmten „affektiven Situation" erlebten Simultankomplexe von Sinnesempfindungen werden eben durch diesen Affekt zu Komplexen (unqualifizierten) zusammengebunden, und zwar so, daß (bei ausschließlich im Affektinstinktsystem verlaufendem Denken) die betreffenden Simultankomplex-Engramme nur unter der Wirkung des gleichen Affektes wieder ekphoriert werden können oder, anders ausgedrückt, daß das nur in einer bestimmten affektiven Situation erworbene Erinnerungsmaterial auch nur bei Wiederkehr der gleichen affektiven Situation dem Individuum zur Verfügung steht. — Diesem „Affektinstinktsystem" steht gegenüber die „Noopsyche" oder das „Intellektsystem", dessen Denken am kürzesten zu charakterisieren wäre als „aktmäßiges" im Sinne von *Ach*, *Messer*, *Külpe* usw. oder als „beziehendes", durch begriffliche Beziehungen gerichtetes Denken. Hier allein gibt es „Dinge", z. B. „den Baum", abstrakte Begriffe, Urteil und Schluß. Im Sinne von *Wundt* wäre es als „apperzeptives" Denken zu charakterisieren. Es ist zugleich fast ausschließlich Denken in Sprachform, unterliegt damit den Regeln der Grammatik, d. h. es ist logisch gerichtet, im Gegensatz zu dem rein affektiven Denken, das nur die ganz andersartige affektive Richtung kennt. — Beim Normalen sind diese beiden Arten des Denkens zu einer innigen „Zweieinigkeit" verschmolzen, und zwar so, daß weder die eine noch die andere überwiegenden Einfluß haben kann, wie z. B. das affektive Prinzip beim „symbolischen" Denken. Die Psychopathologie kennt eine ganze Reihe von Störungen, die wesentlich nur das eine System treffen, andere,



o das Verhältnis der beiden zueinander den Angriffspunkt bildet. So t z. B. nach *Jaspers* bei der Amentia im wesentlichen nur das „akt-ıäßige" Denken (das Denken im Intellektsystem) beeinträchtigt, und *[everoch* hat sehr interessante Fälle beschrieben, bei denen ebenfalls die 'unktion des „Intellektsystems" in eigenartiger Weise modifiziert ist, o daß das Ichbewußtsein sowie die Bildung abstrakter Begriffe besonders les Zeitbegriffs gestört sind, alles Funktionen auch nach seiner Auffassung iner besonderen psychischen Instanz, die er „Ichtum" nennt. Bei der Schizophrenie wäre mit *Stransky* eine eigenartige Störung in dem Verıältnis beider Systeme anzunehmen, die treffend durch den Ausdruck ler „intrapsychischen Ataxie" gekennzeichnet werden kann. Neben lieser horizontalen fanden wir aber im Sinne *Jungs* und *Bleulers* auch ıoch die als „vertikale" bezeichnete Spaltung in die Komplexe, und gerade sie wird durch die „Ataxie" ganz besonders deutlich, d. h. in einer besonderen Weise manifest gemacht. Die „horizontale Spaltung" oder die „intrapsychische Ataxie" wäre jenes von *Jung* mit *Neisser* als „Steifigkeit der Affekte" bezeichnete Moment, das die Schizophrenie besonders von der Hysterie unterscheidet, das *Jung* vergeblich durch die Annahme von Komplextoxinen und *Bleuler* ebenfalls unzureichend durch die Hypothese von der „primären Assoziationsstörung" zu erklären versucht haben.

Die hier entwickelte Anschauung stützt sich einmal auf Beobachtungen wie die zitierte Selbstschilderung, auf *Bleulers* großes Material in seiner Darstellung der Schizophrenie, weiter auf Beobachtungen aus der Traumpsychologie, der Psychologie der Neurotiker, wie die Psychoanalyse sie zeigt, auf Beobachtungen an normalen gesunden Menschen, besonders an Primitiven und Kindern und zuletzt auf ein großes Material von Beobachtungen der Tierpsychologen. Der Versuch, die hier kaum in den Grundlinien angedeutete Auffassung auch nur wahrscheinlich zu machen, muß einer ausführlichen Publikation vorbehalten bleiben.

Hegar-Wiesloch: Über abnorme Behaarung bei weiblichen Geisteskranken.

Während die Dermatologie und Gynäkologie den Behaarungsanomalien schon seit längerer Zeit mehr Aufmerksamkeit geschenkt hat, ist in der psychiatrischen Literatur über diese für die Erblichkeitsfrage nicht unwichtige Erscheinung nichts zu finden. Der Vortr. hat eine große Zahl von weiblichen Kranken auf Behaarungsanomalien untersucht; um eine schärfere Abgrenzung vom normalen Behaarungstypus zu erreichen, wurden nur Frauen gewählt, die in geschlechtsreifem Alter standen, und nur die Behaarung berücksichtigt, die in stärkerem Maße an für das Weib atypischen Stellen auftrat. Die Anomalien verteilen sich sehr ungleichmäßig auf die einzelnen Kranken, am häufigsten kommt die Behaarung des Gesichtes vor. Der Vortr. gibt an der Hand von Photographien eine Übersicht über eine Reihe von Kranken mit starkem Bartwuchs. Ge-



meinsam ist allen die geregelte Tätigkeit der Generationsorgane. Fast alle waren direkt erblich belastet mit Geistesstörung; der Bartwuchs ließ sich bis auf die Mädchenjahre zurückverfolgen. Es fanden sich bei ihnen noch weitere Stigmata und konträre Sexualmerkmale. Eine Kranke mit enormer kumulativer erblicher Belastung hatte einen Bruder von durchaus femininer Bildung. Nur bei einer Kranken blieb die Auffassung des Weiberbartes als vererbter Entwicklungsstörung zweifelhaft; bei ihr stellte sich gleichzeitig mit der sehr starken Bartentwicklung eine monströse Fettsucht ein. — Eine sichere Erklärung der Behaarungsanomalien ist noch nicht möglich, es bedarf noch weiterer Untersuchungen, um allmählich Ordnung in die anscheinende Regellosigkeit der epidermoidalen Veränderungen zu bringen. Zunächst müssen die seitens der Blutdrüsen ausgelösten Störungen in der Behaarung getrennt werden von den ererbten Anomalien. (Der Vortrag erscheint in erweiterter Form; „Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie".)

Schäfer-Langenhorn: Demonstration eines Planes für ein gesichertes Haus.

Vorkastner-Greifswald: Dementia praecox und Epilepsie.

Anfälle epileptischen Charakters vergesellschaften sich nach älteren und jüngeren Erfahrungen nicht selten mit Krankheitsbildern der Dementia-praecox-Gruppe. Die psychiatrische Diagnostik befindet sich derartigen Vorkommnissen gegenüber in schwieriger Lage. Es erhebt sich die Frage der Abhängigkeitsbeziehungen beider Symptomenreihen. Sind im Einzelfalle die epileptischen Erscheinungen ein Ausdruck der Dementia praecox, oder ist umgekehrt das Dementia-praecox-Bild ein atypisches Bild der Epilepsie, oder besitzen beide Symptomenreihen Selbständigkeit, handelt es sich um eine Kombination? Am ehesten wird man eine symptomatische Abhängigkeit der epileptiformen Attacken von der Dementia praecox annehmen können, wenn sie im Verlauf dieser auftreten, respektive die Szene einleiten, wenn sie vereinzelt respektive selten und unregelmäßig sind und den Charakter des „Grand mal" wahren. In naher Beziehung zu den epileptischen Anfällen stehen Schwindel- und Ohnmachtsanfälle. Abzulehnen ist nach unseren sonstigen Erfahrungen wohl, daß Dämmerzustände und Verstimmungen als epileptogene Äquivalente symptomatisch, d. h. als Symptome der Dementia praecox auftreten. In solchen Fällen ist der Gedanke einer Kombination naheliegend. Die Unterscheidung von Dämmerzuständen und akuten Schüben der Dementia praecox ist zuweilen nicht leicht und daher eine sichere Entscheidung unmöglich. Auch die Verstimmungen machen diagnostische Schwierigkeiten. Postparoxysmelle Verwirrtheitszustände kommen vielleicht bei symptomatischen Anfällen vor. Bei Häufung der Anfälle wird der symptomatische Charakter unsicher, ebenso, wenn sie erst im höheren Lebensalter auf-

treten, wo die Möglichkeit einer Kombination mit arteriosklerotischer Epilepsie vorliegt. Vortr. fand symptomatisch zu deutende Anfälle in 198 Fällen nur 7 mal, also in 3,5%. Die Zahl erhöht sich auf 7%, wenn unsichere Fälle hinzugenommen werden. Eine andere Gruppe bilden die Fälle, in denen die epileptischen Anfälle längere Zeit isoliert bestehen und sich erst dann ein Dementia-praecox-Bild entwickelt. Dabei ist zu fordern, daß dieses typisch sei; von Schwierigkeiten der Differentialdiagnose zwischen Dämmerzuständen und akuten Schüben der Dementia praecox ist abzusehen. Die Neigung einiger Autoren, in solchen Fällen anzunehmen, daß die Epilepsie gelegentlich ein der Dementia praecox entsprechendes Bild erzeugen könne, entbehrt stichhaltiger Begründungen. Näher liegt es, an eine Kombination zu denken. Vortr. schildert einen hierher gehörigen Fall seiner Beobachtung:

Bei einem 28 jährigen jungen Mädchen bestehen seit dem 13. Lebensjahr epileptische Anfälle mit Äquivalenten (Petit-mal-Anfälle). Seit 2 Jahren hat sich ohne Häufung der Anfälle — sie sind im Gegenteil in letzter Zeit zurückgetreten — langsam eine Charakterveränderung im Sinne der Dementia praecox entwickelt. Die vorher regsame und fleißige Patientin ist nachlässig, faul und interesselos geworden. Jetzt gemütliche Verblödung, vereinzelt Sinnestäuschunegn und Wahnbildungen, häufig Negativismus. Epileptische Anfälle treten noch vereinzelt auf.

Die serologischen Befunde sind heutzutage noch mit großer Reserve zu verwerten. Unwiderlegt ist bisher, daß sich Abbau von Geschlechtsdrüsen ganz besonders häufig bei Kranken der Dementia-praecox-Gruppe findet. Bei Epilepsie wurde ein solcher nur gelegentlich beobachtet. Im Anschluß teilt Vortr. die von ihm bei Epilepsie erhobenen serologischen Befunde mit. In dem erwähnten Fall wurde Ovarialsubstanz abgebaut. Das spricht, falls das bisher Unwiderlegte richtig ist, mehr für eine Dementia praecox als für eine epileptische Psychose. Man kann gegen die Annahme einer Kombination einwenden, daß sich möglicherweise eine Dementia praecox jahrelang durch epileptiforme Anfälle dokumentiert habe. Denkt man doch heutzutage daran, gewisse Schwachsinnsformen, gewisse Psychopathien als Frühformen der Dementia praecox aufzufassen. Von derartigen Erscheinungen ist bei der Patientin nichts zu eruieren. Außerdem spricht für das Vorliegen einer genuinen Epilepsie die Häufigkeit der Anfälle, das Vorhandensein von Petit-mal-Anfällen und schließlich die Tatsache, daß die Mutter der Patientin an einer typischen Epilepsie leidet. Der serologische Befund ist bei ihr negativ. In derartigen Fällen liegt es nach dem heutigen Stande des Wissens am nächsten, eine Kombination anzunehmen. Vortragender geht dann auf die Frage der chronischen paranoischen Psychosen bei der Epilepsie ein. Die Annahme einer chronischen epileptischen Paranoia (*Ziehen*) wird abgelehnt. Die paranoiden Ideen kann man nur dann mit der Epilepsie in Verbindung setzen, wenn sich nachweisen läßt, daß es sich um das



Festhalten von in Dämmerzuständen konzipierten Wahnideen handelt. In andern Fällen ist auch an eine Kombination zu denken. Es kommt hier besonders die Dementia praecox paranoides in Betracht. Mit der Annahme von Kombinationen sind die Schwierigkeiten nicht beseitigt. Außerordentlich schwierig erscheint in „Kombinationsfällen“ die Entscheidung, ob gewisse Erscheinungen der einen oder der anderen Reihe zuzuteilen sind (Verstimmungen, Charakterveränderungen). Unabhängig davon, wenn auch nahe verwandt, erscheint die Frage des Einflusses gewisser schon bestehender Symptome der einen Symptomenreihe auf neu entstehende Symptome der anderen, der Färbung des einen Krankheitsbildes durch Symptome des anderen (reziproke Wirkung der Krankheitsbilder). Dahin gehört, daß die Wahnideen der Dementia praecox nicht selten an die epileptischen Anfälle anknüpfen; es ist zu erwägen, daß die bestehende Bigotterie des Epileptikers die Wahnbildungen der Dementia praecox in bestimmter Richtung lenken kann, daß sich umgekehrt Züge der Dementia praecox in etwa auftretende epileptische Dämmerzustände verflechten können.

Schließlich wirft Vortr. die Frage auf, inwieweit durch innere Beziehungen das Zusammentreffen der Epilepsie mit der Dementia praecox bedingt erscheint. Es läßt sich nicht verkennen, daß beide Krankheiten manches Gemeinsame haben (Fehlen von Ursachen in der Außenwelt, gewisse, wenn auch nicht überragende Bedeutung der Heredität, Ausgang in eigenartige geistige Schwächezustände, noch zu bestätigende Befunde im Blut und Urin, die auf das Bestehen von Stoffwechselanomalien hinweisen). Alles das deutet auf verwandtschaftliche Beziehungen und rückt die Möglichkeit eines häufigeren Zusammentreffens nahe.

Pfersdorff. Rosenfeld. Steiner.

---

49. Versammlung des Vereins der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens am 2. Mai 1914 in Hannover.

Anwesend waren: *Alt*-Uchtspringe, *Bartels*-Hameln, *Behr*-Lüneburg, *Benning*-Bremen, *Benno*-Goslar, *Borchers*-Hildesheim, *Bräuner*-Lüneburg, *Brunotte*-Gandersheim, *Bruns*-Hannover, *Buddee*-Göttingen, *Dammann*-Marsberg, *Deetjen*-Wilhelmshöhe, *Diekmann*-Volmerdingsen, *Draeck*-Aplerbeck, *Ernestus*-Göttingen, *Facklam*-Suderode, *Fröhlich*-Langenhagen, *Gellhorn*-Goslar, *Gerstenberg*-Hildesheim, *Gerstenberg*-Lüneburg, *Grimme*-Hildesheim, *Grütter*-Lüneburg, *Günther*-Warstein, *Hampe*-Braunschweig, *Hacker*-Göttingen, *Heine*-Hannover, *Hellwig*-Langenhagen, *Holzer*-Warstein, *Hoppe*-Rinteln, *Jacobi*-Münster, *Kittel*-Göttingen, *Klieneberger*-Göttingen, *Kracke*-Lüneburg, *Lochte*-Göttingen, *Löwenthal*-Braunschweig. *Lübbers*-Hannover, *Maßmann*-Liebenburg, *Matthes*-Blankenburg, *Mönke*-



möller-Hildesheim, *Orland*-Uchtspringe, *Osann*-Hannover, *Peltzer*-Bremen, *Reckmann*-Oeynhausen, *Rehm*-Bremen, *Reinhold*-Hannover, *Richard*-Göttingen, *Scherenberg*-Warstein, *Schröder*-Uchtspringe, *Schultze*-Göttingen, *Snell*-Lüneburg, *Stamm*-Ilten, *Stüber*-Hildesheim, *Voigt*-Oeynhausen, *Wahrendorf*-Ilten, *Widmann*-Marsberg.

Zum Vorsitzenden wird *Gerstenberg*-Hildesheim gewählt, zum Schriftführer *Stüber*-Hildesheim.

Nachdem der Vorsitzende den verstorbenen Mitgliedern Geh. Medizinalrat *Hüpeden*-Hannover und Direktor *Völker*-Langenhagen einen Nachruf gewidmet hat, erteilt er *Bruns*-Hannover das Wort.

Bruns-Hannover: 1. Neueres zur Diagnose und speziell zur Segmentdiagnose des Rückenmarktumors.

B. bespricht einige Tatsachen, die uns die neueren Erfahrungen auf dem Gebiete der Rückenmarkstumoren und speziell der Chirurgie dieser Erkrankungen gebracht haben. Vielfach ist z. B. die Beobachtung gemacht, daß bei hochsitzenden Tumoren, bei denen im übrigen die Gefühlsstörungen bis an die obere Grenze des Tumors reichten, das Sakralgebiet mehr oder weniger von der Anästhesie verschont war. Wichtiger noch für die Segmentdiagnose ist die Tatsache, daß oft längere Zeit weit unterhalb des Tumors Schmerzen und Hyperästhesien bestehen, die man als radikulär bedingt, also als Segmentsymptome auffassen würde, wodurch man dann entweder den Tumor zu tief lokalisieren oder 2 Tumoren annehmen würde. In Wirklichkeit können es exzentrisch projizierte Schmerzen sein. In einem Falle, den *B.* mit Professor *Vogt* im Juli 1913 in Wiesbaden sah, bestand eine Herabsetzung der Empfindung für alle Gefühlsqualitäten von unten bis zur 2. Rippe — in einem Teile des Sakralgebietes beiderseits war aber die Temperaturempfindung erhalten. Ferner bestanden andauernd Schmerzen und Hyperanästhesie an der Vorderseite beider Oberschenkel, also im Lumbalgebiete. Damit hatte das Leiden begonnen. Nach den Symptomen mußte ein Tumor am obersten Dorsalmarke sitzen; es fragte sich nur, ob nicht noch ein zweiter am Lendenmarke sitzen würde. *B.* nahm aber an, daß die Schmerzen im Lumbalgebiete exzentrisch projizierte seien, und riet zur Operation am obersten Dorsalmarke; wenn es 2 Tumoren waren, so mußte ja jedenfalls erst der oberste entfernt werden. Der Tumor wurde am untersten Hals -und obersten Dorsalmarke gefunden. Ein halbes Jahr später konnte die Patientin, die an einer schweren spastischen Lähmung der Beine und schweren spinalen Störungen gelitten hatte, wieder Berge steigen; nur im direkt ergriffenen Wurzelgebiete l. bestanden noch Schmerzen. Ein zweiter Tumor im Lendenmarke war also nicht vorhanden.

Ferner spricht *B.* über die besonders von *Babinski* ausgehenden Bemühungen, nicht nur den oberen Rand, sondern auch den unteren des Tumors und damit seine ganze Längenausdehnung zu bestimmen.

Während der obere Rand aus der oberen Grenze der Sensibilitätsstörungen und aus etwaigen objektiv deutlichen radikulären Symptomen bestimmt wird, will *Babinski* die untere Grenze aus der Ausdehnung des sogenannten Reflexe de défense bestimmen. Man versteht darunter krampfhafte Streck- und vor allem Beugebewegungen der unteren Extremitäten, die bei Reizungen der Haut an Beinen und Rumpf — auch bei totaler Anästhesie — auftreten können — sie treten oft auch scheinbar spontan ein. *Babinski* und andere haben nun nachgewiesen, daß dieser Reflexe de défense sich in einzelnen Fällen bis zu den Hautgebieten feststellen läßt, die der untersten Grenze des Tumors entsprechen. Zwischen dieser Grenze und der oberen Gefühlsstörungsgrenze liegt dann ein mehr weniger langes Gebiet — das der Längenausdehnung des Tumors entspricht. Natürlich würde es für operative Zwecke sehr nützlich sein, wenn man vor der Operation eines Tumors sich ein Bild von seiner Längenausdehnung machen kann — außerdem meint *Babinski*, daß sehr lange Tumoren eher extradurale, meist maligne sind. Eigene Erfahrungen über diese Angaben *Babinskis* hat *Bruns* bisher nicht.

Klopft man mit einem Perkussionshammer auf das untere Radiusende, so tritt eine Beugung des Unterarmes allein oder mit Beugung der Finger ein. Niemals aber die letztere allein. Bei Affektionen, die das 5. Zervikalsegment treffen und die darunterliegenden vom 6. oder 7. an freilassen, zugleich aber die Pyramidenbahn über dem unteren Teile der Halsanschwellung schädigen, fällt die Beugung des Unterarmes aus, während die Beugung der Finger allein eintritt. (Inversion des Radiusreflexes). Auch hieraus kann man dann die Ausdehnung des Rückenmarksleidens noch näher bestimmen. In einem Falle von *Bruns*, wo alles für einen ganz hoch am Halsmarke, oberhalb der Halsanschwellung, sitzenden Tumor sprach, war keine Inversion des Radiusreflexes vorhanden, was mit diesem Sitze übereinstimmte. In diesem Falle hatte die Erkrankung mit Parästhesien und leichten Muskelatrophien an der rechten Hand begonnen; bei der übrigen Symptomatologie glaubte aber *B.*, daß es sich hier um eine Fernwirkung durch Liquordruck unterhalb des Tumors handle, eine Beobachtung, die auch schon von anderer Seite gemacht ist. Hier fand sich bei der Operation — obgleich in zwei Zeiten das gesamte Halsmark freigelegt wurde, gar nichts; auch am Marke selbst nichts Verdächtiges (s. die letzten Mitteilungen von *Nonne*). Der Kranke starb einige Monate später — er war zuletzt an beiden Armen und Beinen spastisch gelähmt. Hirnerscheinungen hatten nie bestanden. Eine Sektion konnte nicht gemacht werden. Trotz Entfernung der Wirbelbögen vom dritten Hals- bis ersten Brustwirbel inklusive war die Kopfhaltung nicht wesentlich gestört.

2. Kurze Mitteilungen über eine Epidemie spinaler Kinderlähmung in Hannover und Umgegend im Jahre 1913.

Im Frühjahr, etwa Mai, 1913 kamen zunächst häufiger Fälle von



nderlähmung aus der Umgegend von Hannover in der Poliklinik und inik der Kinderheilanstalt zur Beobachtung. Die Epidemie erreichte 'en Höhepunkt im August, September und vor allem Oktober 1913 und rte im November auf. In diesen Monaten kamen auch in der Privataxis *B.*s eine große Anzahl von Fällen vor. Im ganzen sah *B.* über 80 ılle mit ausgesprochenen Lähmungen. Von anderen Ärzten wurde ihm ›er mehr als 20 solcher Fälle berichtet. Noch jetzt kommen öfters ille mit Residualerscheinungen aus der vorjährigen Epidemie zur Beob:htung. Nimmt man an, daß die meist nicht erkannten Abortivfälle im erhältnis zu den Lähmungsfällen ebenso häufig waren wie z. B. in den tzten schwedischen Epidemien, so kann man die Zahl der Erkrankungen ohl auf mehr als 200 schätzen. Die Krankheit betraf Kinder jeden Alters ıs in die Pubertätsjahre und auch einige Erwachsene. Sie betraf gleichıäßig Kinder aus guten und ärmlichen Verhältnissen. Landkinder :urden häufiger betroffen, namentlich im Beginn der Epidemie.

Die Symptomatologie bot nicht viel Neues. Auffällig waren die tarken spontanen und bei Bewegungen auftretenden Schmerzen — *Kernigs* Symptom. In fast allen Fällen bestand im Anfang starkes Schwitzen; in einzelnen Durchfälle oder Anginen. Die Lähmung trat neist sehr bald nach dem initialen Fieber ein — in einzelnen Fällen nach ›inem scheinbar gesunden Intervall. Die Lähmung war im Anfang sehr ıusgebreitet oder gleich sehr umschrieben. Auffällig war die Prädilektion ür den Quadrizeps; im Anfang war auch fast immer Rumpf-, Bauch- und Nackenmuskulatur beteiligt. Die Blasenfunktion war oft, die des Mastdarmes seltener gestört. Eine große Anzahl von Fällen heilte rasch bis auf geringe Reste; in andern blieben aber sehr ausgedehnte Lähmungen — alle vier Extremitäten, Bauch und Rumpf — bestehen.

Es wurden alle beschriebenen Unterformen beobachtet — auch bulbäre — ein Fall mit Facialis-, Gaumen-, Rachen- und Kehlkopflähmung mit tödlichem Ausgange — dann meningitische und vor allem eine große Anzahl abortiver Formen. Erscheinungen von Großhirnenzephalitis hat *B.* nicht gesehen.

Im Anfang war wegen der Schmerzhaftigkeit die Diagnose vielfach auf Gelenkerkrankung, Trauma, auch Influenza gestellt.

Mehrfache Fälle von dauernder Lähmung in einer Familie sah *B.* zweimal. Es bestand jedesmal ein Intervall zwischen Fall 1 und 2 von 14 Tagen. Häufiger sah er mehrfache abortive Fälle und einen mit dauernder Lähmung bei Kindern derselben Familie. Die Übertragung von Kranken zu Kranken ist jedenfalls nicht häufig — häufiger wohl erfolgt die Übertragung durch gesunde Mittelspersonen oder auch durch abortive Fälle. Die erstere Form der Übertragung konnte *B.* in 2 Fällen bestimmt feststellen. Deutliche Bevorzugungen einzelner Stadtteile ließen sich nicht nachweisen.





Behr-Langenhagen stellt ein idiotisches Geschwisterpaar mit familiärer Erkrankung des Zentralnervensystems vor.

Die Kranken stammen aus einfachen ländlichen, aber geordneten Verhältnissen, der Vater, Häusling, ist gesund, kein Trinker. Mutter an Lungenentzündung gestorben. Keine Geisteskrankheiten in der Aszendenz, besonders sollen niemals Krankheitsbilder, wie die vorgestellten Kranken sie zeigen, vorgekommen sein. 8 Kinder, davon 1 im ersten Lebensjahre an Krämpfen gestorben, 3 gesund, 4 Kinder idiotisch; von diesen ist eine Tochter im Alter von 13 Jahren in der Anstalt verstorben, 3 Kinder zurzeit noch in Anstaltspflege. Keine Lues. Die Untersuchung nach Wassermann absolut negativ.

Friedrich Sch., 37 Jahre alt, seit 1888 in Anstaltspflege, normale Geburt, Idiotie angeboren. Bekam verspätet die Zähne, lernte mit 4 Jahren Gehen und Sprechen, niemals Krämpfe, auch sonst keine erheblichen körperlichen Erkrankungen. Das kreisärztliche Aufnahmegutachten erwähnt, daß alle Bewegungen etwas schleppend und langsam, aber koordiniert verliefen; keine Störungen der Reflexe, kein Nystagmus. Auch die Untersuchung nach der Aufnahme ergab nur leichte spastische Erscheinungen an den unteren Extremitäten. 1898 ist in der Krankengeschichte bemerkt: Sprache skandierend, ataktische Bewegungen der Arme und Beine, sehr unsicherer Gang. 1906 wird zum ersten Male Nystagmus erwähnt. Seit 6 Jahren Zustand durchaus stationär.

Zurzeit bietet der Kranke, abgesehen von einer ziemlich hochgradigen Idiotie, folgende Erscheinungen:

Auffallend starrer, maskenartiger Gesichtsausdruck, wenig Mienenspiel. Sprache deutlich gestört, die Worte werden nur mit Mühe kurz abgerissen hervorgestoßen. Keine Augenmuskellähmung. Pupillen gleich, Reaktion gut erhalten. Starker horizontaler Nystagmus. Facialis ungestört. Keine Atrophien der Lippen, Zunge, überhaupt keine Bulbärsymptome. Ausgesprochen spastisch-ataktischer Gang, deutliche Spasmen an den unteren Extremitäten. Patellarreflexe lebhaft, Babinski beiderseits positiv. An den oberen Extremitäten ebenfalls ausgesprochene ataktische Erscheinungen mit Erhöhung der Reflexe. Spasmen weniger lebhaft. Keine Muskelatrophie, keine Störungen der Sensibilität. Blase und Mastdarm intakt. Untersuchung des Augenhintergrundes (Prof. *Erdmann*-Hannover): r. leichte temporale Abblassung der Papille, l. die Abblassung viel deutlicher ausgesprochen. L. schmaler temporaler Konus. Gefäße auffallend eng, der Augenhintergrund erscheint schmutziggrau meliert.

Wilhelm Sch., 22 Jahre alt, seit 1901 in der Anstalt, jüngstes Kind der Familie. Angeboren idiotisch. Zähne verspätet. Mit 3 Jahren etwas Sprechen gelernt. Sprachvermögen nur auf wenige Worte beschränkt geblieben. Gehen stets sehr mangelhaft. Keine Krämpfe. Keine ernstlichen körperlichen Erkrankungen. Das kreisärztliche Gutachten erwähnt: Mangelhafter schwankender Gang, Schielen auf dem r. Auge, geschwächte



Sehkraft, aber normale Koordination in den Bewegungen und normales Verhalten der Sensibilität und der Reflexe. Die Untersuchung nach der Aufnahme ergab: r. Strabismus convergens. Normale Reaktion der Pupillen. Ataxie und Spasmen mäßigen Grades in sämtlichen Extremitäten. Steigerung der Reflexe.

Der Kranke macht zunächst im Gehen gewisse Fortschritte. Dann verschlechterte sich sein Zustand wieder erheblich. Auch jetzt ist der Prozeß noch nicht zum Stillstand gekommen.

Neben hochgradiger Idiotie bietet der Kranke zurzeit folgende Erscheinungen: Starrer, maskenartiger Gesichtsausdruck, Sprache stark gestört. Pat. spricht selten und stößt die Worte dann kurz, ruckartig aus. Sprachvermögen nur auf wenige Worte beschränkt. Strabismus convergens rechts. Keine Ptosis, kein Nystagmus. Pupillenreaktion prompt. Links leichte Facialisparese. Keine Bulbärsymptome. Starke spastisch-ataktische Erscheinungen an den Extremitäten. Beginnende Kontrakturen, besonders im Kniegelenk. Reflexe gesteigert, beiderseits Babinski. Gang stark gestört. Pat. kann sich nur mit Unterstützung etwas vorwärts bewegen. Starke Koordinationsstörungen an den oberen Extremitäten. Sensibilität völlig intakt. Keine Muskelatrophien. Blasen- und Mastdarmfunktion ungestört. Augenhintergrund: ohne wesentliche Veränderungen. Keine deutliche Abblassung der temporalen Papille.

Margarethe Sch., 25 Jahre alt, seit 1898 in Anstaltspflege. Von Geburt an idiotisch, aber nicht in dem Grade wie die Geschwister. Zähne mit 1 Jahr, mit 2 Jahren Gehen und Sprechen gelernt. Keine Krämpfe, keine ernstlichen körperlichen Erkrankungen. Das kreisärztliche Aufnahmegutachten erwähnt: Schielen auf dem l. Auge, Kurzsichtigkeit, schlecht artikulierte Sprache und unsicherer, schwankender Gang. In der Anstalt wurde nach der Aufnahme nur ein linkseitiger Strabismus converg. festgestellt, sonst keine gröberen Störungen. Die Kranke hat die Anstaltschule ohne nennenswerten Erfolg besucht, ohne Konfirmation entlassen. Geistiger und körperlicher Rückgang im Verlaufe der letzten Jahre, besonders hat das Sehen sich verschlechtert, das Gesichtsfeld scheint stark eingeengt, genauere Untersuchung bei dem geistigen Tiefstand unmöglich. Während der Gang sich nur wenig verschlechtert hat, sind die Bewegungen in den oberen Extremitäten unsicherer und ataktischer geworden.

Zurzeit besteht neben der Idiotie eine leichte Facialisparese links, Strabismus converg. links, ausgesprochener Nystagmus. Pupillenreaktion prompt. Leichtes Skandieren beim Sprechen. Mäßige spastisch-ataktische Erscheinungen an den Extremitäten mit Erhöhung der Reflexe, an den Armen deutlicher wie an den Beinen. Babinski fehlt. Der Gang etwas breitspurig und ataktisch, aber sicher. Sensibilität normal, keine Atrophien, keine Blasen- und Mastdarmstörung. Die Untersuchung des



Augenhintergrundes ergab beiderseits eine leichte temporale Abblassung der Papille. Gefäße stark verengt, sonst keine gröberen Störungen.

Bei der im Alter von 13 Jahren verstorbenen Schwester führt die Krankengeschichte nur einen Strabismus converg. r. und spastische Erscheinungen an den unteren Extremitäten. In dem Sektionsprotokoll ist lediglich ein thrombotischer Verschluß des Sin. longitud. und ein hämorrhagischer Erweichungsherd im Gehirn vermerkt, nähere Angaben fehlen.

Vortr. weist auf die prinzipielle Übereinstimmung der nervösen Symptome bei den drei Geschwistern hin, graduell weichen sie voneinander ab. Das klinische Bild ähnelt in mancher Beziehung dem der multiplen Sklerose, unterscheidet sich aber in der Entwicklung des Krankheitsbildes und in manchen anderen Punkten wieder wesentlich von ihm. Die 1885 von *Pelizaeus* veröffentlichten Fälle, die klinisch ganz ähnliche Erscheinungen boten wie die vorliegenden Fälle und der multiplen Sklerose zugerechnet wurden, und der von *Merzbacher* in einem dieser Fälle erhobene eigenartige histo-pathologische Befund, den er als Aplasia axialis extracorticalis congenita bezeichnet, weisen darauf hin, daß man mit der Diagnose derartiger Symptomkomplexe gerade bei den familiären Erkrankungen des Zentralnervensystems sehr vorsichtig sein muß, auch dann, wenn, wie in den vorliegenden Fällen, zweifellos eine Ähnlichkeit mit bekannten Krankheitstypen vorhanden ist. Auch in diesem Falle wird erst der weitere Verlauf und der histo-pathologische Befund entscheiden können.

Vortr. berichtet ferner über ein Geschwisterpaar, das neben der Idiotie bislang das Bild der spastischen Spinalparalyse zeigt.

Hugo und Otto L., 29 resp. 24 Jahre alt, stammen von einem trunksüchtigen Vater, der vor dem Tode völlig gelähmt gewesen sein soll. Näheres war bislang darüber nicht zu erfahren. Sonst keine Heredität. Von 11 Geschwistern ist eine Schwester im späteren Leben erblindet, Ursache unbekannt, die übrigen Kinder sind angeblich gesund. Beide Brüder sind normal und rechtzeitig geboren. Sie sind von Kindheit an geistig zurückgeblieben, haben aber rechtzeitig Gehen und Sprechen gelernt. Krämpfe sind niemals beobachtet, auch sonst keine ernstlichen Erkrankungen. Keine Lues. Beide haben die Schule mit mäßigem Erfolg besucht, sind zur Konfirmation zugelassen. Bei beiden Brüdern haben sich etwa mit dem 12. Lebensjahre Gehstörungen eingestellt, die seitdem langsam, aber ständig zugenommen haben, gleichzeitig sind sie auch geistig mehr zurückgegangen. Bis vor 4 bis 5 Jahren noch mit Steineklopfen u. dergl. beschäftigt, konnten selbständig ihre Arbeitstelle zu Fuß aufsuchen. Seit 3 resp. 2 Jahren in Anstaltspflege. Die Gehstörungen haben auch im Verlauf der letzten Jahre ständig zugenommen, die Kranken sind jetzt völlig gelähmt. Zurzeit zeigen beide starke spastische Lähmung beider Beine mit Erhöhung der Reflexe, positiven Babinski. Ausgedehnte sekundäre Kontrakturen an den Füßen und den Knien. Keine Veränderungen in den Augen, Sprache völlig ungestört, keine Atrophien, keine



nsibilitätsstörungen, Blase und Mastdarm intakt. Erst in letzter Zeit llt eine leichte Ataxie in den Armen beim Greifen nach Gegenständen auf.

Auch in diesen Fällen wird erst der weitere Verlauf voraussichtlich ›er die Art der Erkrankung nähere Aufschlüsse geben können.

In der Diskussion sprechen *Bruns*-Hannover und *Alt*-Uchtspringe.

Rehm-Bremen-Ellen: Verhalten der Menstruation und des .örpergewichts bei chronischen Psychosen.

Bericht über 290 Fälle verschiedener Psychosen, von denen die :ehrzahl dem manisch-depressiven Irresein und der Dementia praecox ngehört. Zeitweises Fehlen der Menstruation wurde bei Hysterie ı 29, Epilepsie in 9, Dementia praecox in 46, manisch-depressivem Irresein ı 36 und Paralyse in 21 %, gänzliches Fehlen bei Dementia praecox in 4 nd Paralyse in 43 % der Fälle beobachtet. Das Körpergewicht sinkt ›ei Epilepsie in der Regel mit Häufung der Anfälle; die Paralyse zeigt ;ewisse Typen; lange dauernde Fälle von Dementia praecox unterscheiden ich von chronisch manisch-depressiven charakteristisch. Beiden Psy:hosen ist das Aussetzen der Menses auf der Höhe der Krankheit im Wellental der Gewichtskurve gemeinsam. Bei Dementia praecox tritt häufig im chronischen Stadium ohne erkennbare psychische und körperiche Veränderung bei gleichbleibendem Gewicht Amenorrhoe ein. — Notwendig ist bei Konstruktion einer Gewichtskurve die Bestimmung des Normalkörpergewichts aus der Körpergröße. (Ausführliche Veröffentlichung folgt.)

Grimme-Hildesheim: Über einen jahrzehntelang bestehenden Fall von Eifersuchtswahn.

Der Eifersuchtswahn trat 10 Jahre nach einem Unfall auf, bei dem der Kranke sich seine äußeren Geschlechtsteile anscheinend nicht sehr erheblich verletzt hatte. Der Unfall erweckte allerlei Befürchtungen und eine Neigung zu hypochondrischer Beobachtung. Unter den Befürchtungen spielte der Gedanke, eine unheilbare Erkrankung seines Geschlechtsorganes, die die Ausübung des Geschlechtsverkehrs hindere, bei dem Unfall erworben zu haben, eine große Rolle. Diese Vorstellungen traten aber im Laufe der nächsten Jahre wieder sehr zurück und wurden erst wieder rege, als der Kranke 10 Jahre später im Alter von 29 Jahren heiratete. Auf ihrer Grundlage entwickelte sich jetzt sofort ein Eifersuchtswahn, als der Kranke am Tage nach der Hochzeit seine Frau von dem Hofe eines Nachbarn kommen sah, mit dem sie zusammen groß geworden war. Die vorher vorhandenen Befürchtungen verdichteten sich jetzt zu Erklärungswahnideen. Weiter traten Beziehungsvorstellungen auf, die sich aber in engen Grenzen hielten und nur unter dem Einfluß seines Nebenbuhlers in Erscheinung traten. Zu einer Ausdehnung des Eifersuchtswahnes auf andere Personen und zu anderen Beeinträchtigungs-



ideen kam es nicht. Nur in den späteren Jahren kam es auf Grund einer körperlichen Erkrankung seiner Frau noch einmal zu einer neuen Erklärungswahnidee. Im übrigen blieb der eng umschriebene Symptomenkomplex bei unverändertem Affekt über 30 Jahre bestehen. Eine Beeinträchtigung der Persönlichkeit trat nicht ein. Verf. faßt den Fall auf als eine zirkumskripte Autopsychose auf Grund einer überwertigen Idee und sieht eine Beziehung zu den Fällen *Wernicke*s, *Pfeifer*s, *Friedmann*s. Der klinischen Stellung nach rechnet er alle derartigen Fälle soweit in ihnen die Wahnbildung und der Inhalt des Wahnsystems mit Entstehung und Bedeutung der Wahnvorstellungen bei der Paranoia *Kraepelin*s — allerdings nicht der neuesten Datums — übereinstimmt, zu den reinen primären paranoischen Erkrankungen. Er schließt sich der engen Umgrenzung der Paranoia *Kraepelin*s als einer ganz langsam sich entwickelnden und bis zur tiefgreifenden Umwandlung der Persönlichkeit fortschreitenden Erkrankung nicht an, sondern meint, daß der gleiche Vorgang auch akut beginnen, frühzeitig wieder haltmachen und auch — wenigstens für die praktische Brauchbarkeit im täglichen Leben — wieder abheilen kann.

Loewenthal-Braunschweig stellt einen geheilten Fall von allgemeiner Zystizerkose mit Beteiligung des Gehirns vor.

Pat. litt seit etwa einem Jahre an vereinzelten, ausgebildeten epileptiformen Krämpfen, ferner an Zuckungen und Bewußtseinsstörungen, zeitweise auch an erheblichen psychischen Störungen. Durch Bestrahlung der gesamten Körperoberfläche mit hart gefilterten Röntgenstrahlen wurden in einigen Wochen sämtliche Finnen der Haut beseitigt.

Durch besondere Bestrahlung des Schädels scheinen auch die nervösen Störungen völlig verschwunden zu sein. Demnach ist anzunehmen, daß durch die Bestrahlung eine Ausheilung dieser Erkrankung erzielt ist.

Grütter und *Bräuner*-Lüneburg berichten über den pathologisch-anatomischen Befund von 4 juvenilen Paralysen, die von ihnen untersucht sind. Die Veränderungen des Kleinhirns, besonders die der *Purkinje*-Zellen, entsprechen im ganzen den bisher veröffentlichten Befunden. In einem Falle fand sich eine Verbindung von juveniler Paralyse mit tertiär-luischen Veränderungen, in primärer Nekrosenbildung und enormer Gefäßwandzellenwucherung bestehend. Auch in anderen Fällen fand sich Lues der Gefäße, die zu Erweichungen und Blutungen Anlaß gegeben hatte.

Die Arbeit wird an anderer Stelle ausführlich veröffentlicht.

Schließlich erhält *Richard*-Göttingen das Wort; sein Vortrag „Über degenerative Psychosen" wird an anderer Stelle veröffentlicht werden.

Stüber-Hildesheim.



. Versammlung des Nordostdeutschen Vereins für ychiatrie am 7. Juni 1914 im Festsaal der Provinzialheilanstalt zu Lauenburg i. Pomm.

Anwesend: *Banse*-Lauenburg, *v. Blomberg*-Kosten, *Braune*-Konradein, *de Camp*-Lauenburg, *Enke*-Ückermünde, *Frommer*-Lauenburg, *aumann*-Lauenburg, *Heinze*-Neustadt, *Hermes*-Neustadt, *Herse*-Neuadt, *Hieronymus*-Lauenburg, *Hirschberg*-Lauenburg, *Horstmann*-Stralınd, *Hoffmann*-Konradstein, *Kayser*-Dziekanka, *Ketz*-Schwetz, *Krebs*-llenberg, *Krüger*-Tapiau, *Lullies*-Kortau, *Luther*-Lauenburg, *Mercklin*-reptow a. R., *Mootz*-Konradstein, *Nieszytka*-Tapiau, *Poddey*-Lauenburg, *ehnke*-Owinsk, *Rohde*-Lauenburg, *Schröder*-Lauenburg, *Siemens*-Lauenurg, *Werner*-Owinsk, *Wickel*-Dziekanka.

Siemens als Vorsitzender begrüßt zunächst die Erschienenen und erliest die eingegangenen Begrüßungsschreiben und Telegramme von *Stoltenhoff*-Kortau, *Wallenberg*-Danzig, *Dubbers*-Allenberg, *Neumeister*-Stettin, *Niesel*-Stettin (für die pommersche Vereinigung für Psychiatrie und Neurologie), *Rabbas*-Neustadt, *Warschauer*-Hohensalza, *Knecht*-Halle (früher Ückermünde), *Tomaschny*-Stralsund, *Steinert*-Speichersdorf. Er dankt sodann für die Glückwünsche, die anläßlich des 25 jährigen Bestehens der Heilanstalt Lauenburg ihm und der Anstalt dargebracht sind. Für den Ort der nächsten Sitzung liegen zwei Anträge vor. *Meyer*-Königsberg beantragt, die nächste Versammlung in Königsberg, und *Wallenberg*-Danzig, die Sitzung in Danzig abzuhalten. Da der Deutsche Verein für Psychiatrie im nächsten Jahre vielleicht in Königsberg tagt, beantragt *Siemens*, vorläufig hierüber noch keinen festen Beschluß zu fassen, sondern die Festsetzung des Ortes für die nächste Sitzung den Geschäftsführern zu überlassen.

v. Blomberg berichtet über die Rechnungsprüfung und beantragt Entlastung, welche erteilt wird.

Zu Geschäftsführern für das nächste Jahr werden auf Antrag von *Siemens* die Herren *Meyer*-Königsberg und *Schauen*-Schwetz gewählt.

Kayser-Dziekanka beantragt, Geheimrat *Siemens*, den Gründer, langjährigen Leiter und Förderer des Vereins zum Ehrenmitgliede des Nordostdeutschen Vereins für Psychiatrie und Neurologie zu ernennen. Der Antrag wird durch Zuruf angenommen.

Es folgen die Vorträge:

Boldt-Graudenz: **Zur Frage der Simulation von Geistesstörungen.**

Boldt berichtet über 2 Fälle, die er jetzt nun schon 10 bis 12 Monate lang in der Irrenabteilung bei der Strafanstalt Graudenz zu beobachten Gelegenheit hatte. Er weist nach, wie leicht möglich heute noch immer trotz Berücksichtigung aller Untersuchungsmethoden Fehldiagnosen bei



forensischen Fällen sind; daß speziell bei epileptischen und hysterischen Störungen, aber auch bei der Dementia praecox die bisher übliche Beobachtungsdauer von 6 Wochen oft vollkommen unzureichend ist, und daß endlich noch viel zu häufig die betreffenden Gutachter aus ganz falsch angebrachter Scheu glauben, ein definitives Gutachten erstatten zu müssen, anstatt die Erklärung abzugeben, daß der Fall noch nicht geklärt genug sei.

Diskussion. — *Heinze*-Neustadt bemerkt bezüglich des Fall I, daß der betreffende Angeklagte sich nur 2 Tage in der Anstalt befunden hat und dann auf Ersuchen der Staatsanwaltschaft abgeholt worden ist. Die Frage, ob er geisteskrank war oder nicht, ist dabei nicht aufgeworfen worden. Später ist ein Gutachten von der Anstalt nicht eingefordert, auch zur Verhandlung ein Anstaltsarzt als Sachverständiger nicht zugezogen worden.

Horstmann-Stralsund: In praktischer Hinsicht haben sich die Verhältnisse jetzt verschoben. Das Wiederaufnahmeverfahren wird dem Angeklagten Ungünstigeres bringen. Es wird ihm dauernde Internierung in einem Verwahrungshause bringen, die heutzutage allgemein mehr gefürchtet wird als die zeitlich begrenzte Zuchthaus- oder Gefängnisstrafe.

Nieszytka-Tapiau: Ergebnisse der *Abderhalden*-Methoden für die Psychiatrie.

Nach kurzer Darlegung der Theorie des Dialysierverfahrens wird daran erinnert, daß dieses sich bei der Schwangerschaftsdiagnose in der Hand zahlreicher Untersucher nicht nur unübertrefflich bewährt, sondern auch häufig durch die Polarisationsebene kontrolliert ist. Bei letzterer sind zwar graduelle Beobachtungsfehler möglich, aber vollkommene Täuschung ebenso ausgeschlossen wie für die photographische Platte.

Bei diesem sicheren Fundamente des Dialysierverfahrens für die Schwangerschaftsdiagnose verdienen auch Untersuchungen mittels desselben von psychiatrischer Seite Vertrauen, obwohl hier der Beweis für die Richtigkeit der Dialysierergebnisse nicht so überzeugend geliefert werden kann wie von den Gynäkologen.

Eine Zusammenstellung der bisher veröffentlichten Protokolle, soweit Ref. ihrer habhaft werden konnte, ergibt

Abbau von	Hirn	Geschlechtsdrüse	Schilddrüse	Nebenniere	Niere	Pankreas	Leber	Rückenmark
bei 635 Dem.-praec.-Fällen in %	70,9	82,4	38,2	27,6	16,3	12,2	11,3	—
bei 196 Paralysis-progr.-Fällen in %	80,6	30,8	27,9	21,7	45,7	29,4	51,5	47,3
bei 123 Epilepsiefällen in %	45,9	21,0	17,9	4,7	16,6	9,5	—	—



Dabei zeigen die Grundzahlen zu dieser Zusammenstellung für die aralyse und namentlich die Dementia praecox ein viel einheitlicheres ild, als sich nach den Erläuterungen der einzelnen Untersucher zu ihren rotokollen erwarten ließ.

Auf Grund derselben sowie infolge seiner eigenen Untersuchungen ommt Ref. zu folgender Auffassung:

Die Differentialdiagnose der Dementia praecox gegenüber anderen n Frage kommenden Psychosen wird durch den Nachweis von Geschlechts-lrüsenabbau gesichert. Die serologische Diagnose der Dementia praecox iberwiegt an Sicherheit die klinische, vermag aber letztere nicht zu er-etzen. Die serologische Trennung der Unterformen der Dementia praecox st noch nicht hinreichend gesichert. Psychosen mit gleichzeitigen Störun-gen der Geschlechtsdrüsenfunktion sind häufiger als bisher angenommen.

Das Dialysierverfahren ist zurzeit das einzige Mittel zur objektiven Feststellung, ob Geisteskrankheit oder Simulation vorliegt. Seine forensische Verwertung wegen der Möglichkeit falscher Resultate darf ebensowenig abgelehnt werden, wie man deshalb etwa die Perkussion und Auskultation ablehnen dürfte.

Bezüglich der funktionellen Psychosen werden die früheren Angaben *Fausers* durch die Mehrzahl der Untersucher bestätigt.

Die Regellosigkeit der *Abderhalden*-Reaktion mit Gehirn bei Epileptikern wird nur verständlich, wenn man die epileptischen Krämpfe als anaphylaktischen Shock auffaßt, wobei teils völliger Komplementschwund, teils Eintritt der Antianaphylaxie negative Resultate nach schweren Anfällen erklären kann.

Über die Natur der *Abderhalden*-Fermente steht heute fest, daß ein „fermenthaltiges", „aktives" Serum durch Erhitzen auf 56° in 20 Minuten inaktiviert und durch Zusatz von Meerschweinchenkomplement reaktiviert werden kann, ferner daß während der Dialyse Bindung der „Fermente" an das Organsubstrat im *Abderhalden*-Schlauche erfolgt. Auch ist Komplementbindung von *Stephan* behauptet worden. Hämolytische Bestimmungen des Komplementgehalts dialysierter Sera haben dem Ref. gezeigt, daß jener in Abderhalden-negativen Röhrchen immer der gleiche ist wie in der Serumkontrolle, dagegen in Abderhalden-positiven Röhrchen anscheinend geringer. Es erfolgt also in der Tat auch höchstwahrscheinlich Komplementbindung. Somit ist der Antitoxincharakter der „Fermente" bewiesen. Ob sie tatsächlich den Hämo-, Bakterio- und Zytolysinen gleichzusetzen oder nur nahe Verwandte dieser, wie etwa Agglutinine und Bakteriolysine, oder Vorläufer jener sind, erscheint von sekundärer Bedeutung.

Da schon lange bekannt ist, daß aktive Immunität als Folge parenteraler Eiweißzufuhr eintritt, andererseits *Abderhalden* und seine Schule bewiesen hat, daß daraufhin Verdauungsfermente im Blute mobilisiert werden, ergibt sich aus obigem die Erklärung der aktiven Immunität



als Folge einer Verdauung im Blute. Ferner folgt daraus die grundsätzliche Übereinstimmung des „spezifischen Organabbaus" im Tierkörper, wo immer er durch das Dialysierverfahren bekannt geworden ist, mit Immunitätsvorgängen gegen körpereigenes Organeiweiß.

Abgesehen von der Möglichkeit, die häufige Erkrankung Geisteskranker an ubiquitären Infektionserregern sowie die vielfache Besserung von Geistes- nach interkurrenten Infektionskrankheiten besser zu erklären als bisher, ist sehr interessant, daß nach obiger Tabelle bei Paralyse rund dreimal so häufig Nierenabbau gefunden wird als bei Dementia praecox und Epilepsie. Bei ersterer kommt Schädigung der Nieren durch bakterielle und endogene Toxine, bei letzteren wohl nur durch diese in Frage.

Aus der Feststellung von Immunitätsreaktionen im Verlaufe von Psychosen ergibt sich die Notwendigkeit therapeutischer Versuche mit aktiver und passiver Immunisierung gegen die im Einzelfalle als affiziert erwiesenen Organe.

Endlich erscheint die Frage der Prüfung wert, ob in der Immunitätstherapie von Infektionskrankheiten Fortschritte erzielt werden können durch gleichzeitige Berücksichtigung der endogenen Toxine, da bisher nur gegen die bakteriellen, ektogenen immunisiert wurde.

Diskussion. — *Boldt*-Graudenz ist auf Grund persönlicher Informationen von der Zuverlässigkeit der *Binswanger-Wegener*schen Anschauungen über den Wert der *Abderhalden*schen Methode gegenüber der Epilepsie nicht überzeugt.

Hieronymus-Lauenburg: Die für den Psychiater brauchbaren Modifikationen der *Wa.*-R.

Der Vortr. bespricht nach einigen einleitenden Worten über die Technik der Originalmethode die Modifikationen nach *Bauer*, *Hecht*, *Stern*, *Noguchi* und *von Dungern*. Die beiden ersteren lehnt er auf Grund seiner Versuche über die hämolytische Wirkung des Blutserums der Geisteskranken wegen des häufigen Mangels an Normalambozeptoren ab, die beiden letzteren verwirft er aus rein technischen Gründen. Nur der *Stern*schen Modifikation mißt er für den Psychiater größeren Wert zu und empfiehlt sie als wertvolle Unterstützung des Originalverfahrens. Von den einfachen Abänderungen der Versuchsanordnung (*Jakobsthal*, *Kromayer* und *Trinchese*, *Wechselmann*) bezeichnet er nur die Erhöhung der Serumdosis als brauchbar, die besonders bei den häufigen unspezifischen Hemmungen sich bewährt hat. Der Vortrag wird demnächst ausführlich veröffentlicht werden.

Diskussion. — *Nieszytka*-Tapiau: Es erscheint bedenklich, das Blut mit der *Stern*schen und den Liquor des gleichen Patienten mit der Originalmethode der *Wassermann*schen Reaktion zu prüfen, da die quali- und quantitativen Vorgänge bei der *Wa.*-R. noch viel zu wenig bekannt



nd. Höchstens ist ein Vergleich möglich, wenn man Blut und Liquor ach beiden Methoden untersucht.

Luther-Lauenburg: Zur Frage der verminderten Zurechungsfähigkeit.

In den letzten 10 Jahren wurden in der Anstalt L. in strafrechtlicher Beziehung begutachtet 82 M. und 8 F. Davon fielen sicher oder wahrscheinlich unter den § 51: 41 M. und 6 F. Von dem Rest waren vermindert zurechnungsfähig in hohem Grade (entsprechend dem § 63, Absatz II les Vorentwurfs) 24 M. und 1 F., der Rest bestand aus Minderwertigen eichteren Grades; geistig Vollwertige kamen nicht zur Beobachtung.

Unter den 47 als unzurechnungsfähig Begutachteten waren 15 es nur zur Zeit der Tat, während sie sonst als gemindert zurechnungsfähig zu betrachten waren. In zwei Drittel der Fälle war es der Alkohol, der aus gemindert Zurechnungsfähigen Unzurechnungsfähige machte. Nur etwa 30 waren als Schwerverbrecher anzusehen.

Die Zahl der im Strafvollzug vermutlich schwierigen Elemente war unter den gemindert Zurechnungsfähigen hohen Grades verhältnismäßig erheblich höher als unter den Minderwertigen leichteren Grades.

Als gemindert zurechnungsfähig in hohem Grade werden angesehen die Haltlosen nur insoweit, als Pubertät oder sonstige schädigende Momente mit in Betracht zu ziehen sind, moralisch Defekte nur, sofern gleichzeitig ein gewisser Grad von Schwachsinn besteht, ferner nur die stark ausgeprägten Fälle von Neurasthenie, Hysterie und epileptoider Reizbarkeit. Bei Personen, die zu Haftpsychosen neigen, wird man dies Moment im allgemeinen mit für Anwendung des § 63 II sprechen lassen. Stets ist von Fall zu Fall zu entscheiden.

Besprochen werden sodann die Einwände, die von psychiatrischer Seite gegen die Einführung der geminderten Zurechnungsfähigkeit erhoben worden sind. Ein Teil dieser Einwände wird zu widerlegen versucht, ein anderer Teil wird anerkannt, so z. B. der Einwand *Wilmanns*, daß nur ein kleiner Teil der v. Zgen. vor Gericht erkennbar sein werde. Eine Besserung dieses Zustandes wäre nur durch bessere Schulung des Gefängnispersonals und durch ein Zusammenarbeiten von Untersuchungsrichter, Gefängnisarzt und Gefängnisbeamten zu erreichen. Bei Rückfälligen, die bereits im Strafvollzug waren und sich hier als minderwertig herausstellten, ließe sich diese Frage durch Eintragung einer gutachtlichen Äußerung der Strafanstaltsdirektion in das Strafregister lösen. Unbedingt zu fordern ist die Zulässigkeit der Wiederaufnahme des Verfahrens bei Nichtberücksichtigung des Moments der geminderten Zurechnungsfähigkeit. Wahrscheinlich würde diese Maßregel auch das Gute haben, daß der Richter von vornherein dieser Frage sein Interesse mehr zuwenden müßte.

Gegenüber der Ansicht *Longards* und *Wilmanns*, daß die Aussichten auf Besserung bei den gemindert Zurechnungsfähigen ungünstig seien,



warnt Vortr. davor, allzu pessimistisch zu sein, und führt aus seinem doch nur kleinen Material eine Anzahl von Besserungen in sozialer Hinsicht an, die nicht nur allein jüngere Individuen betreffen.

Es wird als sicher angenommen, daß in Preußen auf Grund des Dotationsgesetzes und nach der bisherigen Haltung des Ministeriums die Verwahrung der gemindert Zurechnungsfähigen Sache der Provinzen sein wird.

Von den zu verwahrenden gemindert Zurechnungsfähigen ist ein kleiner Teil, die Psycholabilen, die zu psychotischen Zuständen neigen, am besten in den Irrenanstalten gemeinsam mit den andern Kranken unterzubringen. Für die Mehrzahl bedarf es besonderer Adnexe oder besser besonderer Anstalten, in denen auch Disziplinarmaßregeln in beschränktem Umfange zuzulassen sind. Die Erwägung, daß man schwerlich ohne diese Maßregeln wird auskommen können, spricht entschieden gegen die Vereinigung dieser Verwahrungshäuser mit einer Irrenanstalt. Psychiatrische Leitung für diese Anstalten ist ein selbstverständliches Erfordernis.

Besprochen wird die Notwendigkeit einer Reform der Korrektionsanstalten. Aus diesen wird man die bisher in ihnen enthaltenen zahlreichen Minderwertigen herausnehmen und in die oben erwähnten Verwahrungsanstalten unterbringen müssen. Der frei werdende Platz wird dann wahrscheinlich durch die der Verwahrung bedürftigen nicht geisteskranken Verbrecher ausgefüllt werden. Um die Errichtung besonderer Anstalten für geistig Minderwertige dürfte man schwerlich herumkommen.

Vortr. steht auf dem Standpunkte, daß sich zwar gegen die Einführung der geminderten Zurechnungsfähigkeit eine Menge gewichtiger Einwände erheben lassen, daß aber trotzdem ihre Einführung einen erheblichen Fortschritt auf einer später immer weiter auszubauenden Bahn darstellt. Das erstrebenswerte Ziel ist die Bekämpfung des Verbrechens vom ärztlich-pädagogischen Standpunkt aus.

Keine Diskussion.

Wickel-Dziekanka: Über die Ausbildung des Pflegepersonals.

Wickel gibt einen kurzen geschichtlichen Überblick über den Unterricht des Pflegepersonals in den letzten 20 Jahren unter besonderer Berücksichtigung der Frage einer Prüfung als Abschluß des Pflegeunterrichtes. Es werden dann die Beziehungen der Ausbildung des Irrenpflegepersonals zu dem Ministerialerlaß vom 10. Mai 1907, betreffend Vorschriften über die staatliche Prüfung von Krankenpflegepersonen, und dem Erlaß vom 29. Mai 1910, der es als wünschenswert bezeichnet, einen Teil der Stellen an den öffentlichen Anstalten für Geisteskranke, insbesondere die der Oberpfleger oder des in gehobenen Stellen tätigen Personals mit staatlich anerkannten Krankenpflegepersonen zu besetzen, besprochen. *W.* kommt zu dem Schluß, daß mindestens bestimmte behördliche Vor-



chriften darüber erwünscht sind, wie der Unterricht zu gestalten ist, er den Unterricht zu erteilen hat, wie und vor wem das obligatorische xamen abzulegen ist. Es würde das gewissermaßen eine provinzielle Ap- robation sein. Das vielfach inoffizielle Examen genügt nicht. Es würde ich also um offizielle Regelung des Unterrichtswesens von seiten der Pro- inzen handeln.

Für das richtigste hält er es, daß die Irrenanstalten als Krankenpflegeschulen staatlich anerkannt werden. Jeder Pfleger und jede Pflegerin muß sich an dem Lehrgang beteiligen und sich dem Examen unterziehen. Mit dem Bestehen des Examens muß höheres Gehalt und feste Anstellung verbunden sein. Vor dem bestandenen Examen genügt ein verhältnismäßig niedriges Gehalt, denn es handelt sich da ja um Personen, die erst etwas lernen sollen, die also von der Anstalt etwas erhalten. Wer das Examen nicht besteht, muß auf die dadurch zu erlangenden Vorteile verzichten. Will man nicht so weit gehen, so wäre generell zu erstreben, daß das in den Irrenanstalten ausgebildete Pflegepersonal, soweit es sich dem Examen für staatliche Anerkennung unterziehen will, um in Oberpfleger- oder gehobene Stellen aufrücken zu können, ohne weiteres an dem Examen der nächsten staatlich anerkannten Krankenpflegeschule teilnehmen kann. An allgemeinen Krankenanstalten ausgebildetes, staatlich anerkanntes Pflegepersonal für die Oberpfleger- oder gehobenen Stellungen der Irrenanstalten anzunehmen, wird wohl niemand gut heißen. Die Ausbildung des Pflegepersonals der öffentlichen Anstalten für Geisteskranke hat in den letzten zwei Dezennien bereits gewaltige Fortschritte gemacht. In erster Linie ist das dem Vorgehen von *Siemens* und seiner Schule zu danken. Dem gesamten Irrenwesen, wovon uns heute die Besichtigung seiner vollendeten Anstalt einen neuen sprechenden Beweis gebracht hat, so auch diesem Zweige war und ist er ein weitblickender, energischer Förderer. Sein Name wird mit der fortschrittlichen Entwicklung unseres Irrenwesens stets auf das engste verknüpft sein. — (Der Vortrag soll in der Psychiatr.-Neurol. Wochenschrift erscheinen.)

Diskussion. — *Kayser*-Dziekanka: Eine offizielle Prüfung ist staatlich erwünscht und daher durchzuführen. Einen Unterschied zwischen Krankenpflegern und Irrenpflegern zu machen, scheint nicht nötig, da der Anfangsunterricht für beide der gleiche sein kann und die weitere Ausbildung in spezieller Irrenpflege in einem zweiten Kursus erfolgen kann. Wir haben in Dziekanka einen Kurs für Anhänger und einen für fortgeschrittene Irrenpfleger. Daß das Bestehen einer Prüfung mit einer Besserung der Stellung in pekuniärer Hinsicht verbunden sein muß, halte ich für selbstverständlich, eine feste Anstellung aber, d. h. eine pensionsberechtigte Anstellung, kann etatsmäßig erst nach 10 Jahren erfolgen und nicht bereits nach bestandener Prüfung, d. h. nach etwa 2 Jahren Dienst. Daß die Prüfung unter Hinzuziehung staatlicher Vertreter stattfinde, halte ich



nicht für nötig. Die Anstalten sind ausreichend groß und haben eine so große Anzahl von Krankenpflegern, daß sie m. E. als staatlich anzuerkennende Krankenpflegeschulen betrachtet werden können. Die betreffende Prüfung könnte durch den Anstaltsarzt, der den Unterricht geleitet hat, unter Vorsitz des Direktors stattfinden.

Siemens-Lauenburg: Unter den Verhältnissen, wie sie zurzeit in den meisten Anstalten bezüglich der Unterrichtskurse für Pfleger und Pflegerinnen bestehen, wird schwerlich eine staatliche Anerkennung mit Diplomverleihung für unser Pflegepersonal zu erlangen sein. Es müßte doch erheblich mehr für diese Kurse aufgewendet werden.

Ketz-Schwetz: Das Pflegepersonal, besonders das weibliche, wechselt in Schwetz sehr stark, bis 80% im Jahre, so daß sich eine Prüfung behufs Anstellung nicht empfiehlt, zumal das Pflegepersonal nach einvierteljähriger Dienstzeit bei Brauchbarkeit Beamteneigenschaft erhält. Sollte durch die Prüfung eine Besserung erreicht werden, so müßte das Gehalt in starker Weise erhöht werden, um das Personal mehr seßhaft zu machen.

Nieszytka-Tapiau: Wir haben mit den Prüfungen, besonders der Pflegerinnen, schlechte Erfahrungen gemacht. Gerade die praktisch brauchbarsten Personen sind vielfach aus Furcht vor der Prüfung ausgetreten. Andere, die wider eigenes Erwarten diese gut bestanden, waren nach Empfang des Zeugnisses überzeugt, daß sie es anderswo besser verwerten könnten, und kündigten alsbald deshalb, während sie es sonst zugestandenermaßen nicht getan hätten. Wir haben daher jetzt nach jahrelangem Bestande die Prüfung abgeschafft, während der Unterricht weitererteilt wird.

Banse-Lauenburg: Eine unter dem Bilde der Katatonie verlaufende Psychose bei Hirnlues.

B. stellt einen 40 jährigen Mann vor, der vor 5 Jahren paranoide, schlecht systematisierte Wahnvorstellungen äußerte, dann allmählich in zunehmender Stärke katatonische Zeichen, Stupor, Katalepsie, Manieren, Agrammatismus, Sperrungen u. dergl. in buntem Wechsel bot. Diese Zustände wechseln unregelmäßig ab mit freieren Intervallen, in denen der Kranke stumpf und leicht abweisend ist. Wassermann in Blut und Liquor (ohne Auswertung!), Phase I. — Reaktion positiv. Pleozytose. Anfangs Reflexsteigerung, dann Ungleichheit der Haut- und Sehnenreflexe. Herabsetzung, vorübergehend Ungleichheit der Lichtreaktion. Vorübergehende Atrophie der Muskulatur eines Daumenballens. Niemals Artikulationsstörung der Sprache oder Schrift. Keine „Demenz“ im Sinne der Paralysis progressiva. Diese Diagnose ist trotz des Liquorbefundes mit Wahrscheinlichkeit abzulehnen. Wahrscheinlich handelt es sich um eine auf dem Boden einer Hirnlues entstandene katatoniforme Psychose, wenn auch natürlich ein zufälliges Zusammentreffen einer Hirnlues mit De-



entia praecox vor der Hand nicht ausgeschlossen ist. Der Fall spricht afür, daß entgegen der landläufigen Auffassung eine Psychose bei irnlues unter dem Bilde der Katatonie verlaufen kann. Wenn, ie hier, psychische Erscheinungen früher auftreten als deutliche nervöse ymptome, so bleiben diese Fälle ohne systematisch durchgeführte sero- gische Untersuchung aller Aufnahmen unerkannt. Ihre Häufigkeit ist ohl größer, als man annimmt.

Frommer-Lauenburg stellt einen Fall von Dem. praecox vor, ei dem neben der katatonen Verblödung seit einigen Jahren die ausgesprochenen Zeichen einer Paral. agitans (typisches Zittern, Pro- und Retropulsion, charakteristische Haltung des Rumpfes) vorhanden sind, eines Wissens der erste bisher veröffentlichte derartige Fall.

Dr. *Frommer*, Schriftführer.

---

144. Sitzung des Psychiatrischen Vereins zu Berlin am 20. Juni 1914.

Anwesend: *Ascher*-, *Bendixsohn*- (a. G.), *Bieling*- (a. G.), *Borchardt*- (a. G.), *Bonhoeffer*-Berlin, *Birnbaum*-Buch, *Falkenberg*-Lichtenberg, *Geheeb-Lieberknecht*-Zehlendorf, *Gröning*-Haus Schönow (a. G.), *Hebold*-Wuhlgarten, *Klipstein*-Lichtenberg, *Kramer*-Berlin (a. G.), *Kutzinski*-Berlin (a. G.), *H. Laehr*-Schweizerhof, *Lehmann*- (a. G.), *Levinstein*-Schöneberg, *Liepmann*-Dalldorf, *Marcuse*-, *Moeli*-Lichtenberg, *Munter*-Berlin, *Oestreicher*-Nordend, *Placzek*-Berlin, *Richter*-Buch, *Sander*-Dalldorf, *Schwarz*- (a. G.), *Schuster*-, *Seelert*- (a. G.) Berlin, *Stelzner*-Charlottenburg, *Wasserfuhr*-Berlin (a. G.), *Weiler*-Westend. — Vorsitzender *Bonhoeffer*-Berlin.

Die Versammlung ehrt das Andenken des verstorbenen Vereinsmitglieds Hofrat *Lochner*, Direktor der städtischen Anstalt Leipzig-Thonberg, durch Erheben von den Sitzen.

Von G.-R. *W. Körte*, Vorsitzendem der Bau- und Geschäftskommission des Langenbeck-Virchow-Hauses, ist die Anfrage gestellt, ob der Verein den Vertrag mit der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, nach dem ihm gegen einmalige Zahlung von 1000 M. das Recht zusteht, vierteljährlich einmal den kleinen Saal des Langenbeck-Hauses ohne besondere Vergütung zu benutzen, auch künftig beizubehalten bereit ist, wenn statt des Langenbeckhauses das neu erbaute und am 1. April 1915 zu eröffnende Langenbeck-Virchow-Haus eintritt. Die Versammlung beschließt, den Vertrag auch auf das Langenbeck-Virchow-Haus zu übertragen.

Dem Kassenwart *Zinn*, dessen Rechnungsaufstellung von *Hoffmann*- und *Gillwald*-Eberswalde geprüft ist und einen derzeitigen Vermögensbestand von 2351 M. ergibt, wird Entlastung erteilt.



Der bisherige Vorstand (*Moeli*, *Sander*, *Bonhoeffer*, *H. Laehr*, *Zinn*) wird durch Zuruf wiedergewählt.

Bonhoeffer-Berlin: Zur Pathogenese psychogener Lähmungen.

Vortr. berichtet über 2 Kranke, die er vorstellen wollte, die aber ausgeblieben sind.

Der erste Kranke ist ein jetzt 58 jähriger Mann, der zuletzt am 5. September 1912 in die Charité eingeliefert worden ist. Er zeigte körperlich das Bild der Astasie und Abasie. Stellte man ihn auf die Füße, so knickte er zusammen oder machte einige taumelnde Schritte vorwärts und fiel dann hin. Dieser astatische Symptomenkomplex zeigte alle Kriterien eines hysterischen, er wechselte in der Intensität, ward bei der Untersuchung theatralisch übertrieben und besserte sich bei abgelenkter Aufmerksamkeit. Neurologisch zeigte sich der Kranke sonst ohne pathologischen Befund. Dieser Zustand dauerte mit leichten Schwankungen bis Ende Oktober und besserte sich unter faradischer Behandlung allmählich.

Einen ganz ähnlichen Zustand zeigte der Kranke im Jahre 1910, wo er auch in der Klinik aufgenommen worden war. Auch damals konnte er nicht stehen, knickte zusammen, ließ sich hinfallen. Der Zustand dauerte einige Wochen und klang unter Suggestivbehandlung ab.

Nach der Angabe des Bruders hatten sich schon früher in den Jahren 1888, 1895 und 1910 solche Episoden von Gehunfähigkeit bei dem Pat. gezeigt.

Was die Entwicklung der funktionellen Lähmung anlangt, so war folgendes bekannt: Irgend ein akutes psychisches Trauma ließ sich nicht nachweisen. Etwa 3 Wochen vor Beginn der letzten Erkrankung fühlte der Pat. sich mutlos und hatte das Gefühl, daß er seine Arbeit nicht mehr leisten könne. In der Klinik zeigte er sich stark gehemmt, fühlte sich unfähig, sich zu beschäftigen; er müsse jeden Satz zwei- oder dreimal lesen, bis er ihn verstehe; nach 4 Zeilen sei er ermattet. Er spricht spontan kaum, interessiert sich nicht auf der Abteilung, ist trübe gestimmt und ohne Initiative. Auf Befragen kommen vereinzelte hypochondrische Klagen über Stuhlverstopfung usw. Ganz ähnlich war das Bild bei der früheren Einlieferung gewesen. Es war auch hier ein einleitendes depressives Stadium der Entwicklung der Lähmung vorangegangen. Die Stimmung war gedrückt geworden. Er gab damals an, daß ihm die Energie zur Arbeit gefehlt habe; er sei willenlos und haltlos geworden; Suizidgedanken seien ihm gekommen, und er glaubte, daß er nicht wieder gesund werde. Potenz und Libido seien auch geschwunden; alles, was ihn früher interessiert habe, lasse ihn jetzt gleichgültig.

Während des Zustandes im Jahre 1888, wo er auch plötzlich „den Mut und die Kraft" verloren habe, die Feder nicht mehr halten und auf den Beinen kaum mehr stehen konnte, spielten Angstvorstellungen, die Schutz-



ıte könnten kommen, eine Rolle; er sprach seiner Wirtin davon, daß sie m Lysol besorgen solle.

Die von dem Bruder und dem Sohne des Pat. erhobene Anamnese gab weiterhin folgendes: Nach Angabe des Sohnes ging dem Depressions- ıd Lähmungsstadium eine 2- bis 3 monatliche Phase gehobener Stimung voran. In dieser Zeit war er geschäftlich sehr zuversichtlich, sehr eißig, stand um 4 oder 5 Uhr morgens auf, war verschwenderisch, hob eld von dem Sparkassenbuch seines Sohnes ab, war sexuell leicht rregbar, schrieb brutale Drohbriefe an seine Geschwister, aß viel und eigte sich äußerlich sehr unordentlich. Auf diese Phase folgte dann nach nsicht der Angehörigen meist „die Reaktion" und der Umschlag ins egenteil. Nach Ansicht des Bruders geht die Neigung zu starken Stimıungsschwankungen nicht bis zur Kindheit zurück, sondern setzte etwa n 30. Lebensjahre ein.

Der zweite Kranke, H. H., 35 Jahre alt, Koch, ist ein von Jugend ıuf psychopathisches Individuum. Er hatte in der Jugend ein Kopf- rauma, später war er in Australien, Indien, Afrika und Amerika als Koch tätig und hat im ganzen eine Neigung zur Unstetigkeit gezeigt. Seit 1903 trinkt er periodisch, und zwar scheint es sich nach seiner und seiner Frau Angaben um echte, mit Unruhe und Schlaflosigkeit sich einleitende Verstimmungen zu handeln. Er läuft plötzlich aus dem Geschäft weg, kommt Tage und Nächte nicht nach Hause, versetzt in dieser Zeit skrupellos. Gelegentlich kam es in diesen Zeiten auch zu Exzessen, in denen er Scheiben zerschlagen und sich verletzt hat, ohne nachher dafür Erinnerung zu haben. Anschließend an eine derartige Trinkperiode soll nach seiner und seiner Frau Angabe plötzlich die linkseitige Lähmung aufgetreten sein, Taubheitsgefühl und heftige Kopfschmerzen, wegen deren er in die Klinik aufgenommen wurde.

Die Untersuchung ergab eine einwandfreie funktionelle Lähmung mit Hemianästhesie. Die motorische Lähmung verschwand unter Suggestivbehandlung. Der Kranke wurde mit fortbestehender Sensibilitätsstörung wieder nach Hause entlassen. Irgendwelche affektiven Erlebnisse, Rentenwünsche waren nicht zu eruieren, trotz spezieller in dieser Richtung gehender Anamnese. Es konnte so scheinen, als ob lediglich eine endogene Verstimmung eine hysterische Halbseitenlähmung verursacht habe. Tatsächlich ergab sich aber, als ich den Kranken mir später noch einmal wieder bestellte, um ihn noch einmal zu explorieren, eine Klärung, die pathogenetisch bedeutsam war. Als H. auf die Aufforderung hin bei mir erschienen war, fragte er etwas befangen, ob eine besondere Ursache für die Untersuchung vorliege. Es stellte sich dann heraus, daß er während seiner letzten Trinkepisode an seine Verwandten um Geld telegraphiert hatte, mit der erfundenen Begründung, daß seine Frau gestorben sei. Diese hatten ihm schon damals, als der Schwindel sich herausgestellt hatte, noch ehe er zur Klinik kam, entrüstet geschrieben und mit Strafantrag gedroht.





Es ist wohl kein Zweifel, daß wir es im ersten Falle mit einem Individuum von zyklothymer Veranlagung mit deutlich abgesetzten Depressionen und hypomanischen Schwankungen zu tun hatten. Im zweiten Falle lag anscheinend eine endogene epileptoide Verstimmung vor, die zum dipsomanen Anfall führte.

Was mir die Fälle bemerkenswert machte, ist der Umstand, daß es den Anschein hatte, als ob hier endogene Verstimmungen hysterische Zustandsbilder ausgelöst hätten ohne Vermittlung spezieller psychischer Faktoren vom Charakter affektiv betonter Wunsch- und Willensbestrebungen. Der zweite Fall verliert an Interesse, weil die Nachuntersuchung ergeben hat, daß tatsächlich innerhalb der Verstimmungsphase sich Ereignisse zugetragen hatten, die als ausreichender psychischer Faktor gelten können, um eine hysterische Lähmung auszulösen.

Bemerkenswert bleibt der erste Fall. Zwar ist das Interkurrieren hysterischer Symptome beim Manisch-Depressiven nichts Ungewöhnliches, wenn ich auch glaube, daß vielfach manische Züge, die sich in die Depression hereinmengen, als hysterische mißdeutet werden. Jedenfalls ist es selten, daß immer nur die Depressionsphase und daß jede stärkere Depression ein so einheitliches und anhaltendes hysterisches Symptomenbild zur Auslösung bringt.

Was die Spezialpathogenese des hysterischen Symptomenkomplexes hier anlangt, so scheint der Fall der Auffassung zu widersprechen, daß sich als pathogenetischer Faktor der hysterischen Symptome stets ein Wunsch- oder Willensfaktor nachweisen läßt. Eine von den gewöhnlichen Begehrungsvorstellungen spielt offenbar keine Rolle. Trotzdem ergibt sich, wenn man die individuellen Umstände des Pat. während seiner Depression ins Auge faßt, doch ein in der ersten Depression im Jahre 1888 besonders ausgesprochenes und in allen Depressionen wiederkehrendes psychisches Moment. Es ist das ein finanzielles Abhängigkeitsverhältnis von seinen Geschwistern, in das der Kranke infolge seiner vielen Erkrankungen geraten ist. Diese hatten vielfach für ihn einzutreten, besorgten während seiner Erkrankung den Verkauf des Geschäftes für ihn und ähnliches, aber sie dachten doch wohl lange Zeit bei ihrem Bruder an das Mitspielen einer mala voluntas während der Depressionszeit. Es ist wahrscheinlich, daß dadurch der Wunsch nach einer besonders markannten Krankheitsdarstellung für die subjektiv gefühlte Schwäche und Insuffizienz unbewußt in dem Pat. wirksam geworden ist. In diesem Sinne ist wohl auch die Mitteilung des Bruders aufzufassen, daß der Pat., wenn er im Beginn seiner Erkrankung zu seinem Bruder kam, ehe er jemand begrüßt hatte, sich sofort auf das Sofa warf.

Es scheint mir also auch hier die genauere Betrachtung den Nachweis eines psychogenen Wunschfaktors in dem hysterischen Zustandsbilde zu ergeben. Als Besonderheit des Falles bleibt also lediglich die Gebundenheit des hysterischen Komplexes an die depressive Phase der Zyklothymie und



e Seltenheit gerade des Symptomenbildes der hysterischen Astasie und basie innerhalb der Zyklothymie.

Forster-Berlin bespricht zwei Fälle, bei denen auf dem Boden iner organischen Hirnerkrankung pseudodemente Symptome ufgetreten waren. Bei dem einen Pat., der vor Jahren einen schweren :nfall erlitten hatte, waren organische Symptome im Leben nicht mehr achweisbar gewesen, so daß ihm, da er nur das Bild der Pseudodemenz ot, eine Rente bei der Begutachtung nicht zugebilligt worden wäre. Während der Beobachtung starb er in der Klinik plötzlich. An der Basis es Stirnhirns und am rechten Schläfenlappen fanden sich braun verfärbte tellen, die nur von einer traumatischen Erweichung herrühren konnten. egenüber dem Herd im Schläfenlappen war noch ein Rest der Fissur der abula interna des Schläfenknochens zu erkennen.

Bei dem anderen Pat. handelte es sich um einen alten Verbrecher, er schon seit langer Zeit stets dann das Bild der ausgeprägten Pseudoemenz geboten hatte, wenn er mit Kriminalbeamten oder mit dem Unterachungsrichter in Berührung kam, in der Zwischenzeit aber, wie eine ausihrliche Beobachtung eines Kriminalbeamten ergab, sein Wettbureau nit großer Gewandtheit geleitet hatte. Während das Verfahren gegen ihn chwebte, wurde er in ein Krankenhaus aufgenommen. Er wurde dann ur Beobachtung nach der Charité verlegt. Hier bot er wieder das Bild er plumpen Pseudodemenz. Daneben bestand aber Flimmern der Gesichtsnd Zungenmuskulatur beim Sprechen, Wassermann war im Blut und Spinalflüssigkeit positiv, es bestand starke Lymphozytose und vermehrter Eiweißgehalt der letzteren. Die Diagnose mußte demnach auf Dementia paralytica gestellt werden.

Man kann nicht annehmen, daß die Pseudodemenz die direkte Folge ler organischen Hirnerkrankungen gewesen ist. Man muß sich vielmehr orstellen, daß die Neigung zu pseudodementer Reaktion, die vielleicht n gesunden Tagen unterdrückt worden wäre, nunmehr infolge der Schädi;ung des Hirns zur ungehemmten Betätigung gelangen konnte. Im zweiten Falle wäre es wahrscheinlich auch ohne die Paralyse zur Pseudodemenz ;ekommen, wie ja vielleicht das erste Auftreten der Pseudodemenz hier schon vor den Beginn der Paralyse fällt; vielleicht wäre allerdings ohne liese die Pseudodemenz etwas weniger plump ausgefallen.

Diskussion. — *Liepmann*-Dalldorf erinnert sich einer paralytichen Frau, die exquisit hysterische Symptome darbot, insbesondere auf Verbalsuggestion zu Boden stürzte und sich jede beliebige Krampfform ufsuggerieren ließ.

Hebold-Wuhlgarten: Da im ersten Fall eine Blutung aus dem linken Ohr bei der Kopfverletzung aufgetreten ist, hat wahrscheinlich eine Basisraktur vorgelegen, die hinter dem linken Felsenbein verlaufen ist. Die

Verletzungen am Gehirn betreffen die Lieblingsstellen, wie sie bei Fall auf den Hinterkopf durch Gegenstoß entstehen. Eine solche bevorzugte Stelle ist die im Präparat sichtbare am r. Schläfenlappen. Ich nehme daher an, daß nicht an dieser Stelle des Knochens eine Fraktur gewesen ist, sondern der schwere Fall auf die linke Hälfte des Hinterkopfes geschah. Daß die Verletzungen am Orbitallappen und der Außenseite des Schläfenlappens stattfinden, liegt an den besonders am Orbitalteil ausgeprägten Impressiones digitatae und für den Schläfenlappen in der Unnachgiebigkeit und Rauhigkeit der Wände der mittleren Schädelgrube, an denen die oberflächliche Gehirnsubstanz zerquetscht wird.

Placzek-Berlin: Könnte der Herr Vortr. mir vielleicht sagen, welchen Befund ich seinerzeit erhob?

Bonhoeffer-Berlin: Auf die praktische Wichtigkeit solcher Beobachtungen, wie die von Herrn *Forster* demonstrierten, habe ich schon früher hingewiesen. Sie zeigen, daß ein ausgesprochener *Ganser*scher Symptomenkomplex die Reaktion eines psychopathischen Individuums auf einen organischen Grundprozeß sein kann bei gleichzeitig bestehenden Wunschvorstellungen. Es ist deshalb geboten, sich in jedem Falle solcher hysterischer Pseudodemenz auch die Frage vorzulegen, ob nicht hinter dem hysterischen Symptomenkomplex noch etwas anderes steckt.

Forster: Die Annahme H. *Hebold*s scheint mir sehr wahrscheinlich. Von H. *Placzek* sind s. Z. ebenfalls keine organischen Symptome festgestellt worden.

Kutzinski-Berlin: Progressive, nicht paralytische Demenz (*Alzheimer*sche Krankheit).

Im ersten Falle handelt es sich um eine 58 jährige Frau, welche seit 9 Jahren erkrankt ist. Lues und chronischer Alkoholmißbrauch werden negiert; Lähmungen sind nicht vorhanden. Die wiederholte Blutuntersuchung fiel einmal positiv, sonst negativ aus; der serologische Befund im Liquor negativ; es besteht eine geringe Lymphozytose. Langsam und schleichend ohne Anfälle von Bewußtlosigkeit oder Krämpfe hat sich ein Zustand tiefer Demenz entwickelt, aus der sich aphasische, apraktische und agnostische Störungen herausheben. Die genauere Analyse der Herdsymptome begegnete großen Schwierigkeiten wegen der Demenz und dem Widerstreben der Kranken. Soviel scheint sicher, daß die Sprachstörung der transkortikalen Aphasie zuzurechnen ist; die expressive Komponente der Sprache ist verhältnismäßig gut. Pat. spricht gelegentlich echolalisch nach, zeigt sehr viel Paraphasien. Das Wort- und Satzverständnis ist fast total aufgehoben, nur auf vereinzelte Reize, wie Namenanruf und „hier ist Essen" reagiert sie. Von den apraktischen Störungen treten die ideatorischen in den Vordergrund, motorisch-apraktische sind schwer nachzuweisen. Von seiten der Sehsphäre besteht eine wahrscheinliche Einengung der oberen Gesichtshälften. Die Fixation von Objekten in den



seitlichen Gesichtsfeldern ist oft erschwert, oft zeigt Pat. aber, daß sie prompt sieht (aperzeptive Blindheit *Picks*). Sie hat Störungen der Tiefenlokalisation (Vorbeigreifen, Greifen nach Schatten u. ä.) geboten. Hören ist intakt. Auf intensive Schmerz-, Temperatur-, Geruchs- und Geschmackreize reagiert sie deutlich. Halluzinationen und Wahnbildungen konnten weder anamnestisch noch durch die Beobachtung nachgewiesen werden.

Die Analyse der psychischen Störungen ergab neben der Gedächtnisschwäche vor allem eine Herabsetzung der Aufmerksamkeit, die sich in erschwerter Anregbarkeit und Fixierbarkeit äußerte. Auf motorischem Gebiet ist die Zerstörungswut, der Sammeltrieb, die dauernde Bewegungsunruhe hervorzuheben. In affektiver Beziehung ist der fortwährende Wechsel zwischen depressiven und manischen Zuständen bemerkenswert. Während der zweijährigen Beobachtung ist eine erhebliche Veränderungi des Krankheitsbildes kaum zu verzeichnen, höchstens ist die Verarmung des Wortschatzes noch größer geworden.

Bei Erörterung der differentialdiagnostischen Möglichkeiten wird vor allem eine atypische *Lissauer*sche Paralyse in Erwägung gezogen und schließlich die *Alzheimer*sche Form der Dementia senilis für wahrscheinlich gehalten.

Im zweiten Falle handelt es sich um einen 46 jährigen Mann, bei dem Lues und Potus keine Rolle spielen. Der serologische und zytologische Befund war stets negativ. Niemals Lähmungen, Krämpfe, Schwindelanfälle, Insulte. Es hat sich seit 6 Jahren allmählich ein Zustand schwerer Demenz entwickelt, beginnend mit Gedächtnisstörung und affektiver Stumpfheit. Gleichzeitig traten Herdsymptome auf, zunächst überwiegend motorisch-aphasische und motorisch-apraktische Störungen, dann sensorisch-aphasische, ideatorisch-apraktische und agnostische Symptome. Sehen und Hören ist im wesentlichen intakt. Allmählich kam Pat. zur fast völligen Sprachlosigkeit und zu fast völligem Fehlen des Wortverständnisses. Auf intensive Schmerz-, Temperatur-, Geruchs- und Geschmacksreize reagierte er deutlich. Sichere Anhaltpunkte für Halluzinationen und Wahnbildungen fanden sich nicht. Psychisch besteht die anamnestisch festgestellte schwere Gedächtnisschwäche, eine auffallend geringe Spontaneität: Pat. steht meist umher und blickt ins Leere, daneben zeigt er gemütliche Stumpfheit, nur gelegentlich kommt es, wenn er gereizt wird, zu Zornausbrüchen. Die Aufmerksamkeit ist schwer erregbar und schwer zu fixieren.

Auch hier wird das Vorhandensein einer *Alzheimer*schen Krankheit für wahrscheinlich gehalten.

H. Laehr.



Kleinere Mitteilungen.

Auf dem Internationalen Kongreß für Neurologie, Psychiatrie und Psychologie, der vom 7. bis 12. September 1914 in Bern stattfindet (s. diese Ztschr. Bd. 70, S. 657), werden folgende Referatthemata behandelt werden: I. In der neurologischen Abteilung 1. Regeneration im Nervengewebe (*Alzheimer*-Breslau und *Ramon y Cajal*-Madrid); 2 a. Aufbau der Reflexe im Rückenmark und im Hirnstamm (*Sherrington*-Oxford), b) Die Bedeutung der Reflexstörungen in der Pathologie (*Pierre Marie* und *Foix*-Paris); 3. Entwicklung und Wachstum des Gehirns (*Donaldson*-Philadelphia und *Edinger*-Frankfurt a. M.); 4 a. Tabes und Paralyse seit Entdeckung der Spirochäten (*Ehrlich*-Frankfurt a. M.), b. Die *Ehrlich*schen Salze in der Behandlung der nervösen und geistigen Störungen der Syphilis (*Crocq*-Brüssel); 5. Aphasie und Agnosie (*Mingazzini*-Rom und *v. Stauffenberg*-München); 6. Organisation und Verlauf der akustischen Bahnen (*Winkler*-Amsterdam und *Fuse*-Japan); 7. Pathologie des Vestibularapparates (*Bárány*-Wien und *Brünings*-Jena); 8. Innere Sekretion und Nervensystem (*Biedl*-Wien und *Laignel-Lavastine*-Paris); 9. Les radiculites (*Déjérine*-Paris); 10. Formenreichtum der multiplen Sklerose (*Oppenheim*-Berlin); 11. Das Membranproblem in der Neurologie (*Zangger*-Zürich). II. In der psychiatrischen Abteilung: 1. Die Periodizität in der Psychopathologie (*Weiler*-München und *Pailhas*-Albi); 2. Die Klassifikation in der Psychopathologie (*Gaupp*-Tübingen und *Deny*-Paris); 3 a Gegenwärtiger Stand der Frage der Dementia praecox (*Dupré*-Paris und *Stransky*-Wien), b. Demenz und Pseudodemenz (*Tamburini*-Rom); 4. Pathogenese und Behandlung der Phobien (*Bechterew*-Petersburg und *Isserlin*-München); 5 a. Die Rolle der Emotion in der Genese der Psychopathien (*Lépine*-Lyon); b. Die körperlichen Begleiterscheinungen psychischer Zustände (*Hartmann*-Graz); 6. Pathogenese und Ausgang der Schreckpsychosen (*d'Abundo*-Catania und *Hübner*-Bonn); 7. Senile Geistesstörungen (*Redlich*-Wien und *Anglade*-Bordeaux; 8. Bedeutung der Abwehrfermente in der Pathologie (*Abderhalden*-Halle, *Binswanger*-Jena und *Lampé*-München. III. In der psychologischen Abteilung: 1. Die Hereditát in der Psychologie (*Mott*-London und *Ladame*-Genf); 2. Die Erziehung junger Delinquenten (*Ferrari*-Imola-Bologna); 3. Die Psycho-



logie in der Schule (*van Wayenburg*-Amsterdam und *Ferrière*-Genf); 4. Die biologischen Grundlagen der Psychologie (*Petzoldt*-Charlottenburg); 5. Die Prüfzeichen der Intelligenz (*Ziehen*-Wiesbaden, *Simon*-St. Yon-Rouen und Frl. *Descoeudres*-Genf); 6. Das Bewußtsein, das Unbewußte und die Aufmerksamkeit (*Morton-Prince*-Boston und *Rignano*-Mailand); 7. Die Psychologie des Traumes (*Sante de Sanctis*-Rom und *Jung*-Zürich). Außerdem waren bis zum 1. Juni 21 neurologische, 9 psychiatrische und 12 psychologische Vorträge angemeldet. Anfragen und Anmeldungen an das Generalsekretariat, Bern, Monbijoustr. 31.

Die Vereinigung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen wird am 25. Oktober d. J. in Dresden tagen. Vortraganmeldungen bis 1. September an Geh.-R. Dr. *Ganser*, Dresden, Städt. Heil- und Pflegeanstalt.

Über die „geminderte Zurechnungsfähigkeit". Bemerkung zu den Referaten von *Aschaffenburg* und *Wilmanns* auf der Versammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie zu Straßburg. Von Dr. jur. et med. *M. H. Göring*-Gießen.

Zunächst möchte ich mir die Frage erlauben, ob die Gegner der Einführung der geminderten Zurechnungsfähigkeit glauben, daß die Juristen innerhalb der nächsten Jahrzehnte bereit sein werden, den gesamten Strafvollzug zu ändern. Wir Psychiater haben fast nur zu der modernen Strafrechtsschule Beziehungen; in ihr werden sich wohl manche finden, die geneigt wären, den Wunsch nach einer Änderung des Strafvollzugs im allgemeinen zu erfüllen. Wir dürfen aber nicht nur mit der modernen, sondern müssen auch mit der klassischen Schule rechnen, an deren Spitze *Birkmeyer* steht. Wenn sie auch weniger von sich reden macht, so ist sie doch nicht zu unterschätzen. Sie wird nie der von *Wilmanns* vorgeschlagenen Änderung des Strafvollzuges zustimmen. — Wir wollen Mögliches fordern! Wir wollen froh sein, daß Richter und Strafvollzugsbeamte bereit sind, einen Teil der Sträflinge in einen für sie passenden Strafvollzug zu bringen. Liest man die Verhandlungen der IKV. und die Aufsätze der Strafvollzugsbeamten, z. B. den erst kürzlich erschienenen Artikel des Strafanstaltsdirektors *von Michaelis* (Groß' Archiv Bd. 57, S. 40), so müssen wir sagen: sie alle sehnen sich förmlich danach, daß wir ihnen die „geminderte Zurechnungsfähigkeit" im Gesetz verschaffen. Kommen wir ihnen doch entgegen! Ideales gibt es nicht, Fehler werden überall gemacht; ich bin aber davon überzeugt, daß wir Richtern und Strafvollzugsbeamten geben können, was sie von uns erwarten. — Ich wiederhole: eine Änderung des Strafvollzuges werden wir nicht erhalten! Sollen wir, weil wir das Ideale nicht erreichen werden, nun wieder alles beim alten lassen? Sollen wir nicht das, was wir erhalten können, das,



was wir mühevoll erkämpft haben, festhalten? — Wenn dann die Juristen sehen, daß die Zahl derer, die aus dem ordentlichen Strafvollzuge ausscheiden, groß ist, werden wir vielleicht *Wilmanns*' Ziel erreichen.

Zum Schluß kurz noch ein Vorschlag. *Van Calker*, der Straßburger Strafrechtslehrer, teilte auf der Versammlung mit, daß noch 6 bis 8 Jahre vergehen würden, bis das neue Strafgesetzbuch zur Geltung kommen werde. Ich möchte nun vorschlagen, möglichst bald die Richter und Sachverständigen eines Oberlandesgerichtsbezirkes zu ersuchen, 2 oder 3 Jahre lang bei jedem in Betracht kommenden Falle in einem ganz kurzen Berichte — es brauchen nur einige Zeilen zu sein — ihre Ansicht über die verminderte Zurechnungsfähigkeit und die in dem einzelnen Falle zu ziehenden Konsequenzen mitzuteilen. Die Berichte könnten beim Oberverwaltungsgericht gesammelt werden. In Anbetracht der außerordentlichen Wichtigkeit der Frage werden Richter und Sachverständige sicher gern die Mehrarbeit auf sich nehmen.

Nekrolog *Guido Weber*. — *W*. wurde am 4. Juni 1837 in Reval geboren, bezog mit 17 Jahren die Universität Dorpat und siedelte dann mit seinem Vater, der Pastor war, nach Deutschland über. In Jena war er ein begeistertes Mitglied der Burschenschaft Germania. Staatsexamen und Doktorprüfung bestand er in Leipzig; auch studierte er ein Semester in Wien.

Nachdem er ein Jahr lang in der Königlich Sächsischen Landesanstalt zu Colditz tätig gewesen war, wurde er am 1. August 1861 an die Königlich Sächsische Heilanstalt Sonnenstein versetzt, an der er 49 Jahre zuerst als Arzt, dann als Direktor gewirkt hat. Wie sich das Heidelberger Schloß oberhalb der alten Pfalzgrafenstadt erhebt, so ragt das alte Schloß Sonnenstein über dem altertümlichen Städtchen Pirna. Der Sonnenstein spielte in früheren Jahrhunderten als festes Haus und Schloß und im 30 jährigen Krieg als uneinnehmbare Festung eine Rolle; seit 1811 dient er den friedlichen Zwecken einer Königlichen Heilanstalt für Geisteskranke. Diese alte Anstalt hat *Weber* als ihr dritter Direktor durch mehrfache Umbauten und Neuanlagen auf die Höhe seiner Zeit gebracht. Den Kranken war *Weber* ein unermüdlicher Arzt und ein väterlicher Freund; mit allen Mitteln erstrebte er ihre Heilung und legte den größten Wert darauf, daß sie ihren Aufenthalt in der Anstalt als Kur auffaßten. Durch Gründung des Hilfsvereins für entlassene Geisteskranke bot er den Bedürftigen auch nach ihrem Abgang aus der Anstalt Rat und Hilfe dar. Neben den Angelegenheiten der Anstaltsverwaltung war das Hauptinteresse *Webers* den medizinischen Tagesfragen und der psychiatrischen Wissenschaft gewidmet. Er gehörte keiner eigentlichen Schule an, hatte sich vielmehr ein eigenes Urteil über manche klinische Frage gebildet und prüfte fortdauernd neu auftauchende Lehren an dem reichen Material seiner Anstalt; je siegreicher

r die *Kräpelin*schen Forschungen vorwärts schritten, um so mehr über-
gte er sich von ihrer Tiefe und Richtigkeit. *Weber* selbst hat eine
inere Anzahl von wissenschaftlichen Arbeiten verfaßt, so über Ver-
rtheitszustände im Wochenbett, über die Pseudoruhr in den Irren-
talten. Er hat häufig Vorträge gehalten namentlich über die Geschichte
; Irrenwesens, über ein Reichsirrengesetz, über Degenerationszeichen
w. Seine Hauptarbeit in den letzten Jahrzehnten bestand, abgesehen
n der verantwortlichen Anstaltsleitung, in einer umfangreichen Gut-
htertätigkeit; sowohl in der forensisch-psychiatrischen Vereinigung zu
esden, deren Vorsitzender er oft war, wie als psychiatrisches



litglied des Königlich Sächsischen Landesmedizinalkollegiums hatte er
ch auch theoretisch viel mit gerichtlicher Psychiatrie zu befassen. Im
andesmedizinalkollegium, dem er seit 1881 und noch nach seinem am
. Juni 1910 erfolgten Übertritt in den Ruhestand bis an sein Lebensende
ngehörte, hat er eine sehr umfangreiche Wirksamkeit entfaltet, die größten
ktenstücke durchstudiert, die schwierigsten Obergutachten verfaßt, aber
ich auch, wo es nur anging, bemüht, die ideellen und realen Interessen der
raktischen Ärzte zu vertreten, deren Vertrauen er in hohem Grade genoß.
)as Königliche Ministerium des Innern machte *Weber*s Urteil und Erfahrung
ielfach für das gesamte sächsische Irrenwesen nutzbar und vertraute
hm bei vielen Gelegenheiten als speziellem Ratgeber. Alljährlich stellte
Veber die Einzeljahresberichte der sächsischen Irrenanstaltsdirektoren
usammen und veröffentlichte diese Übersicht im Bericht des Landes-
nedizinalkollegiums. Auch der Prüfungskommission für das staatsärzt-
iche Examen gehörte er jahrzehntelang an.

Seinen Ärzten und Beamten war *Weber* ein wohlmeinender, treuer Berater, der es verstand, die Leitung in der Hand zu behalten und doch dem Untergebenen die Freude selbständiger Tätigkeit zu überlassen. Von Jahrzehnt zu Jahrzehnt wuchs die besondere Vertrauensstellung, die er weit über seine Anstalt hinaus genoß. Der Verein deutscher Irrenärzte ernannte ihn vor wenigen Jahren zum Ehrenmitglied.

Nicht nur auf medizinischem Gebiete verfügte *Weber* über ein großes Wissen — nein, sein lebhaftes Interesse umfaßte viele Fragen des Kulturlebens, es galt jedem Wohl und Wehe des deutschen Volkes; dem Verein zum Schutze der Deutschen im Auslande gehörte er als Ortsgruppenvorsitzender lange Zeit an. Ein weiter Blick, ein kluges, besonnenes Urteil, eine vornehme Gesinnung waren ihm eigen. Vor allem war auch sein Gemütsleben sehr fein ausgebildet. Zu wahrhafter Kollegialität erzog er die vielen Ärzte, die unter seiner Leitung arbeiteten. Großzügig und ideal faßte er seinen Beruf auf, Licht und Freude brachte er in die Herzen aller, mit denen er und für die er arbeitete. Selbst der Verbrecher, dessen Geisteszustand er zu ergründen hatte, mußte es fühlen, daß er diesem ehrwürdigen Manne nicht nur Objekt kalten Studiums war, sondern daß auch ihm hier menschliches Gefühl und Mitleid entgegengebracht wurde.

Se. Majestät der König von Sachsen verlieh *Weber* das Ritterkreuz 1. Klasse des Verdienstordens, das Offizierskreuz des Albrechtsordens, die Komthure des Albrechts- und des Verdienstordens und ernannte ihn an seinem 70. Geburtstage zum Geheimen Rat, eine Auszeichnung, die im Lande noch keinem Irrenarzt zuteil ward.

Am 15. Januar 1914 wurde *Weber* durch einen sanften Tod erlöst, nachdem sich die Beschwerden des Alters immer deutlicher bemerkbar gemacht hatten; seine vortreffliche Frau war ihm schon viele Jahre im Tode vorangegangen. Seinem Wunsche gemäß wurde er auf dem alten Sonnensteiner Anstaltsfriedhof beigesetzt; gelegentlich seines Begräbnisses trat die große Wertschätzung, die er in weiten Kreisen und namentlich auch bei hohen Behörden genossen hatte, noch einmal zutage.

Georg Ilberg.

Eine medizinische Vereinigung für Sonderdruckaustausch (Geschäftsführer: Oberstabsarzt a. D. Dr. *Berger*, Berlin-Friedenau, Knausstraße 12) hat sich gebildet.

Die Mitgliedschaft wird auf Lebenszeit durch einmalige Zahlung von 100 Mk. oder durch jährlichen Beitrag erworben. Dieser beträgt 10 Mk., welche mit den entstehenden Austauschgebühren (s. Ausführungsbestimmungen I B 3) in Gegenrechnung gestellt werden, oder 3 Mk., welche mit den entstehenden Austauschgebühren nicht in Gegenrechnung gestellt werden.

Die Vereinigung hat eine „Sonderdruck-Zentrale“ und ein „Sonderdruck-Archiv“ errichtet. Näheres ist aus folgenden „vorläufigen Ausführungsbestimmungen“ zu ersehen:

I. Die Sonderdruck-Zentrale.

A. Laufender Austausch. — Die S.-Z. liefert jedem Mitgliede auf Wunsch laufend sämtliche neu erschienenen Sonderdrucke aus dem von ihm jeweils angegebenen engeren Interessengebiete. — Die Gebührenberechnung erfolgt, wie unter B.

B. Einzel-Austausch. — 1. Die S.-Z. übernimmt die Versendung von Sonderdrucken im Auftrage des Verf. an Einzelpersonen, Redaktionen, Bibliotheken, Behörden. Am besten beauftragt der Verf. die Druckerei der betr. Zschr., die Sonderdrucke seiner demnächst erscheinenden Arbeit unmittelbar an die S.-Z. zu schicken, oder er schickt selbst die erforderliche Anzahl von Sonderabdrucken seiner Arbeit an die S.-Z., welche dann die weitere Verteilung nach dem Auftrage des Verf. vornimmt. — Die Mitglieder, welche von Außenstehenden um Überlassung eines Sonderabdrucks gebeten werden, überweisen diese Bitte der S.-Z. zur Ausführung und teilen dies dem Außenstehenden mit.

2. Die S.-Z. übernimmt die Anforderung von Sonderdrucken von dem Verf. im Auftrage des anfordernden Kollegen.

3. Die Gebühr für die Versendung wie für die Anforderung jeden Sonderabdrucks beträgt 10 Pfg. nebst den erwachsenden Portokosten. Die Abrechnung erfolgt mit Beginn jeden neuen Jahres.

4. Die S.-Z. erteilt auf die eingehenden Aufträge nur in den Fällen Antwort, in welchen sie den Auftrag aus irgendeinem Grunde nicht übernehmen kann. Sonst wird nur auf besonderen Antrag Auskunft über den Verlauf des eingeleiteten Verfahrens erteilt.

II. Das Sonderdruck-Archiv.

1. Jedes Mitglied verpflichtet sich, von jeder seiner Zeitschriftenarbeiten möglichst kurz nach ihrem Erscheinen 2 Exemplare dem S.-A. zu überweisen.

2. Es ist dringend wünschenswert, daß dem S.-A. alle ihren Besitzern entbehrlichen Bestände an Sonderabdrucken eigener und fremder Arbeiten überwiesen werden.

3. Über die Bestände des S.-A. wird von der S.-Z. laufend ein Zettel-Katalog in zweifacher Ausfertigung geführt, deren eine nach alphabetischer Reihenfolge der Autornamen und deren andere nach Themengruppen geordnet und klassifiziert ist. Sobald es die Mittel gestatten, soll späterhin jedem Mitgliede ein Abdruck des Kataloges und in regelmäßigen Zeiträumen seiner Nachträge zugestellt werden.

4. Die Bestände des S.-A. können an Mitglieder gegen eine Gebühr von 10 Pfg. pro Monat und Heft verliehen werden, an Nichtmitglieder

gegen eine Gebühr von 50 Pfg. und unter vorheriger Hinterlegung des Barwertes. — Der Verkauf überschüssiger Exemplare an Mitglieder wird zu einem mäßigen Durchschnittspreise in Aussicht genommen.

5. In den Leihverkehr des S.-A. können in Privatbesitz befindliche Bestände an Sonderdrucken, deren genaue Bezeichnung der S.-Z. zu diesem Zweck zugeht, miteinbezogen werden.

Dem Verein zum Austausch der Anstaltberichte ist die Landesheil- und Pflegeanstalt Alzey (Großh. Hessen) beigetreten.

Personalnachrichten.

Dr. *Carl Moeli*, Prof., Geh. Obermed.-R., Dir. d. städt. Anstalt Herzberge,
Dr. *Friedr. Siemens*, Geh. Med.-R., Dir. der Prov.-Anstalt Lauenburg, und
Dr. *Franz Tuczek*, Prof., Geh. Med.-R., Dir. d. Landesanstalt Marburg, treten am 1. Oktober von der Direktion ihrer Anstalten zurück.

Dr. *Hermann Vortisch* ist zum leitenden Arzt der Anst. f. Epil. in Kork ernannt.

Dr. *Franz Mugdan* ist als leitender Arzt in Dr. *Fischer*s Kurhaus f. Nerven- u. Gemütskranke in Neckargemünd eingetreten.

Dr. *Friedrich Mörchen*, bisher in Ahrweiler, hat die Leitung d. Sanat. Dietenmühle bei Wiesbaden übernommen.

Dr. *Alfred Linke*, bisher Oberarzt in Lüben, ist nach Kreuzburg,
Dr. *Felix Stüber* von Hildesheim als Oberarzt nach Lüneburg,
Dr. *Ernst Wittermann* von Rufach als Oberarzt nach Winnental versetzt worden.

Dr. *M. Heinr. Göring*, Ass.-A. an der psychiatr. Klinik in Gießen, hat sich als Privatdozent habilitiert.

Dr. *Georg Sterz*, Priv.-Doz. in Breslau, hat den Titel Professor erhalten.

Dr. *Adolf Riebeth*, Dir. der Landesanstalt Brandenburg, ist Sanitätsrat geworden.

Dr. *Heinr. Obersteiner*, Prof. in Wien, hat das Komturkreuz des Franz-Josef-Ordens erhalten.

Dr. *Robert Walter*, San.-R., Dir. d. Privatanstalt f. Nerven- u. Psychisch-Kranke in Deutsch-Lissa, ist im 79. Lebensjahre am 22. Juni gestorben.

Dr. *Hermann Schulze*, Abt.-Arzt in Hördt, ist gestorben.

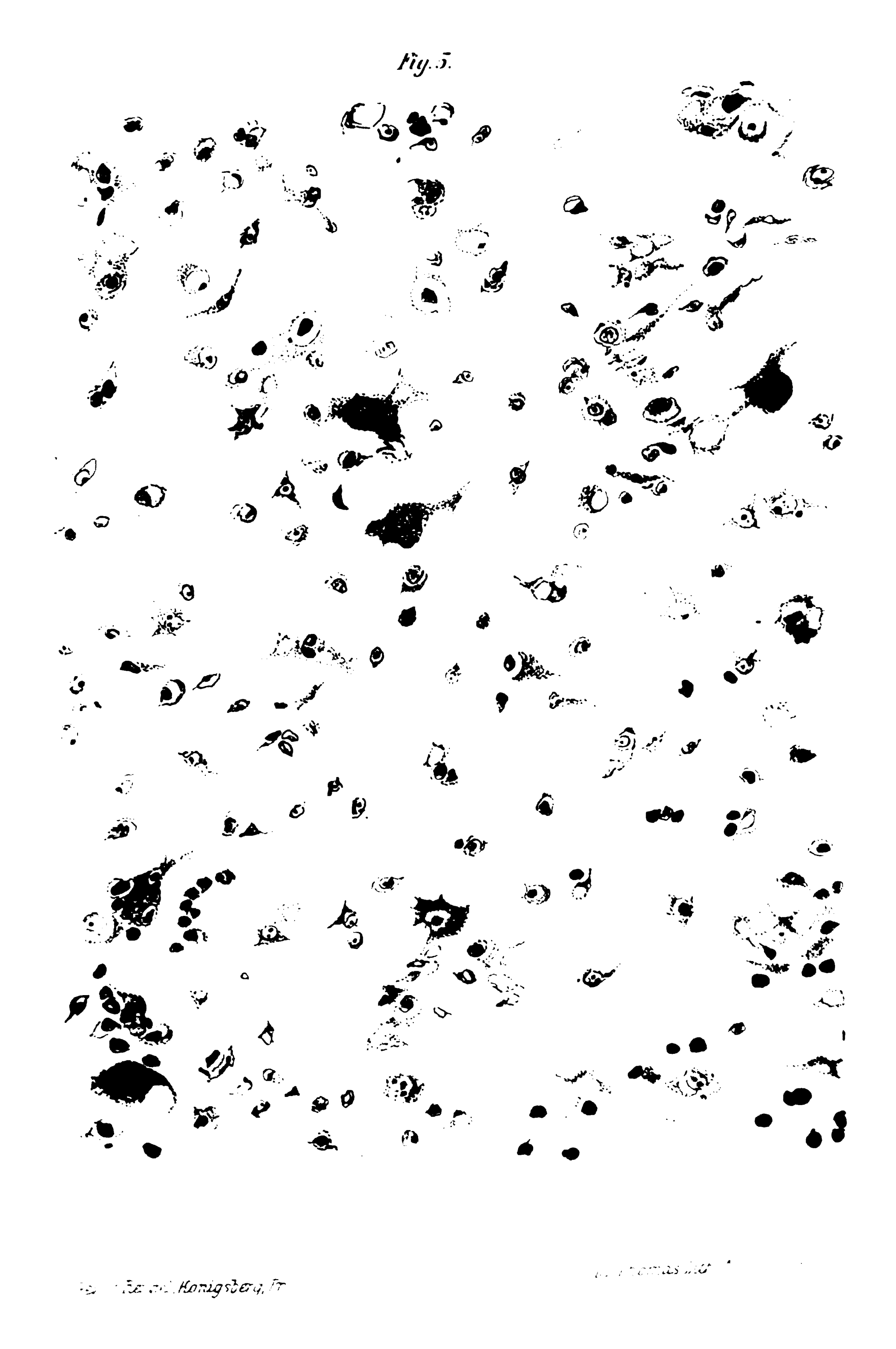


Fig. 4.



Gez. F. Renvel. Königsberg Pr.

Fig. 5.



Zur Feier des zwanzigjährigen Bestehens der Landesheilanstalt Uchtspringe.

Direktor: Professor Dr. **Alt.**

Hochverehrter, lieber Lehrer und Meister!

Zwanzig Jahre sind verflossen, seit Ihnen, dem Sohn der sagen- und weinfrohen Mosel, auf dem Sandboden märkischer Heide eine neue Heimat entstand. Mehr als eine Heimat! eine selbstgeschaffene Stätte segensreichsten Wirkens weit über den Rahmen dieser Anstalt hinaus. Nicht leicht, nicht ohne Mühen und Kämpfe ist Ihnen der Erfolg zugefallen. Aber Sie haben ausgehalten durch gute und schlimme Jahre, und heute, auf der Höhe Ihres Lebens und Ihres Lebenswerkes, können Sie mit Genugtuung auf die verflossenen Jahre zurückblicken.

Als das preußische Gesetz über die Fürsorge für Epileptiker und Idioten der Irrenheilkunde neue Arbeitsgebiete zuwies, eröffnete Uchtspringe den Reigen der großen, neugegründeten Anstalten. Als eine Anstalt für „Epileptiker, Blöde und unheilbare Geisteskranke" war Uchtspringe gedacht: unter Ihrer schöpferischen Hand wurde daraus eine Heilstätte für alle Formen nervöser und psychischer Erkrankungen, ein Zentrum für die ärztliche und wissenschaftliche Erforschung dieser Krankheiten, eine Stätte, von der weit über die Grenzen Deutschlands hinaus Belehrung und Anregung in allen diese Gebiete berührenden Fragen ausging.

Ohne eine erschöpfende Aufzählung aller Einzelheiten wollen wir nur gedenken der systematisch durchgeführten körperlichen Behandlung der Epileptiker und Geisteskranken, der Prüfung und erstmaligen Anwendung neuer Heilmittel, die seitdem Gemeingut der Ärzte oder besondere Kleinode unseres Heilschatzes geworden sind, ferner der in Uchtspringe zuerst von allen Anstalten eingerichteten

Laboratorien für **anatomische** und **Stoffwechseluntersuchungen**, endlich der Angliederung einer **Poliklinik** für die ambulante Behandlung von Epileptikern, Nervösen und Kranksinnigen.

In vorbildlicher Vollkommenheit haben Sie die **Arbeitstherapie** durchgeführt, und die prächtigen Gärten und Anlagen, die aus diesem Sandboden hervorgewachsen sind, die Erzeugnisse Ihrer Anstaltswerkstätten geben Kunde, wie Ihre und Ihrer Kranken gemeinsame Arbeit gesegnet war.

Die Anwendung der freien Behandlung bei allen Geisteskranken hat dazu geführt, daß von Uchtspringe aus ihre vollendetste Form, die **Familienpflege**, für Deutschland neue Bedeutung und praktische Gestaltung erlangte. In die stillen Heidedörfer rings um Uchtspringe ist mit der Familienpflege neues, fröhliches Leben eingekehrt.

In der richtigen Erkenntnis, daß das beste ärztliche Wissen und Können bei unseren Kranken nicht ausreicht, wurde die **Hebung des Irrenpflegerstandes** durch Fachausbildung, Gewährung ausreichender Erholungszeit und der Möglichkeit eines eigenen Heims gefördert. Die schmucken **Pflegerdörfchen**, die jetzt an allen größeren Anstalten entstehen, sind Ihr eigenster, origineller Gedanke.

Die **Anstaltsärzte** selbst verdanken Ihrer unermüdlichen Einwirkung auf die Verwaltungsbehörden die Verbesserung ihrer beruflichen und materiellen Stellung, die Gelegenheit zur Fortbildung und zur wissenschaftlichen Arbeit an den Anstaltslaboratorien und die Möglichkeit, sich durch größere dienstliche Selbständigkeit für ihr schweres Amt berufsfreudig und leistungsfähig zu erhalten.

Durch Ärztekurse, durch Belehrung in Wort und Schrift, durch Ihr tatkräftiges Wirken auf Kongressen und Ausstellungen und, indem Sie Ihre Erfahrung auch bei der Schöpfung anderer Anstalten zur Verfügung stellten, haben Sie die Errungenschaften von Uchtspringe den weitesten Kreisen der Ärzte nicht nur deutscher Zunge, sondern des ganzen Auslands zugängig gemacht und damit dem Ruhmeskranz deutscher Wissenschaft und Humanität einen herrlichen Zweig zugefügt.

Daß Ihnen bei all dieser organisatorischen Tätigkeit eine weitschauende Verwaltungsbehörde mit materieller und moralischer Unterstützung treu zur Seite stand, haben Sie durch Ihr unermüdliches Wirken, Ihre überzeugenden Darlegungen und — nicht zum wenig-



sten — dadurch erreicht, daß Sie zur rechten Zeit und am rechten Orte mit weiser Sparsamkeit im Kleinen die Mittel für Großes bereit hielten.

In all diesem Wirken im großen und im kleinen, in Wissenschaft und Praxis ist der Kern Ihrer Persönlichkeit der gleiche geblieben. Daß nur mit reichem ärztlichen Wissen und Können all dies zu erreichen war, ist selbstverständlich; Sie, der einen *Gerhardt*, *Leube*, *Riegel*, *Hitzig* zum Lehrer hatte, um nur einige Namen zu nennen, waren dazu in geeigneter Weise vorgebildet. Aber — was mehr ist und was weiter dazu nötig ist —: Sie sind von jeher auch ein guter Arzt gewesen, „gut" im wahrsten Sinne des Wortes, wie es nur ein guter Mensch sein kann: mit persönlicher Teilnahme für Ihre Kranken, mit Optimismus und Selbstvertrauen, in festem Glauben an den Erfolg sind Sie an Ihre Mission gegangen, und nur so konnten Sie auch unter schwierigen Verhältnissen Ihr Ziel erreichen.

Mit Bewunderung und Dankbarkeit blicken heute zahlreiche Schüler, Verehrer und Freunde im Inland und Ausland zu Ihnen auf und nehmen, soweit sie nicht selbst kommen konnten, im Geiste teil an diese Erinnerungsfeier. Einige davon haben zur Erinnerung an diesen Tag und als Zeichen der Zuneigung und Dankbarkeit Ihnen die folgenden Arbeiten gewidmet, die wir Sie bitten, freundlichst annehmen zu wollen.

Weber-Chemnitz.

Über die Bedeutung großer Katastrophen für die Ätiologie einiger psychischen und Nervenkrankheiten[1]).

Von Prof. Dr. N. **Bajenow**-Moskau[2]).

Die betitelte Frage ist erfreulicherweise nur in sehr seltenen Fällen Gegenstand unserer Erörterung. Es vergehen Dezennien und noch mehr, ehe sich irgendeine außergewöhnliche Katastrophe ereignet, welche dem Arzt das nötige Material für die Beurteilung des Problems gibt, das nicht nur dank der exquisiten Eigenartigkeit des ätiologischen Faktors, sondern auch deswegen ganz besonderes Interesse beansprucht, weil es noch eine andere, mehr allgemeine Frage über das psychogene Moment in der Gruppe derjenigen Ursachen streift, durch welche psychische und Nervenkrankheiten hervorgerufen werden. Aus diesem Grunde beeile ich mich immer, sozusagen auf frischer Fährte, wenn ein extraordinärer Fall vorliegt, die Folgen der betreffenden Katastrophe vom psychiatrischen und neurologischen Standpunkt aus persönlich kennen zu lernen.

---

[1]) Vortrag, gehalten in der Moskauer neurologischen und psychiatrischen Gesellschaft in der Sitzung vom 28. März 1914.

[2]) Ich möchte meiner besonderen Freude Ausdruck geben, daß sich mir die Gelegenheit bietet, an der Jubiläumsfeier des Professors *Alt* teilzunehmen. Und zwar nicht allein, weil er mein alter guter Freund ist, mit dem mich unsere gemeinsame Arbeit an der öffentlichen Fürsorge der Geisteskranken aufs innigste verbindet, sondern auch weil ich hiermit als Vertreter vieler russischer Psychiater erscheine, die Professor *Alt* Dank schuldig sind, da sie in dem von ihm geleiteten Hospital gearbeitet, dort vieles gelernt und sich in ihrem Schaffen ihn als Vorbild gestellt haben.

In Deutschland wissen wohl viele nicht, daß in der russischen psychiatrischen Welt zwei deutsche Namen besonders bekannt und populär sind: *Alt-Scherbitz* und *Uchtspringe*, und daß ferner auf die Entwicklung der russischen Hospitalpsychiatrie in den letzten 30 bis 40 Jahren zwei

Vor mehr als fünf Jahren reiste ich, nachdem Mitteilungen über das Erdbeben in Messina und überhaupt in Süditalien eingelaufen waren, dorthin und machte vor Sizilien und Kalabrien einen Aufenthalt in Neapel, wo ich die psychiatrische Klinik von Professor *Bianchi*, die psychiatrische Abteilung des städtischen Hospitals und das neue große, damals noch nicht eröffnete psychiatrische Provinzialkrankenhaus aufsuchte, wo die ersten durch das Erdbeben verunglückten Personen aus Messina, einige Hundert an der Zahl, interniert waren.

Von demselben Standpunkt aus fesselten mein Interesse die Zeitungsmeldungen über die Katastrophe an der Küste des Asowschen Meeres, hervorgerufen durch einen Zyklon, welcher dort genau vor einem Monat, am 28. Februar 1914, gewütet hatte; dies alles bewog mich, in die Limane und das Delta vom Don und Kuban zu reisen, um die Folgen dieser Katastrophe an Ort und Stelle zu untersuchen.

Wenn ich nun zu dem Gesagten noch meine Beobachtungen an den während des russisch-japanischen Krieges vom Kriegsschauplatz nach Moskau evakuierten Soldaten hinzufüge, so erhält man eine Summe von Beobachtungen, die nur in außerordentlich seltenen Fällen dem Arzt zur Verfügung stehen.

Ich glaube, bei den gegenwärtigen Methoden der Kriegführung, wo das persönliche Tapferkeitsgefühl in Form aktiver, aggressiver Handlungen in den Hintergrund tritt, wo die Emotion und der Affekt, welche mit dem persönlichen Kampf verknüpft sind, fehlen und die Menschen zuweilen aus meilenlanger Entfernung durch Kanonen mit großer Schußweite getroffen werden, ohne den Feind überhaupt gesehen zu haben, so daß eine Schlacht heutzutage

---

deutsche Psychiater — Geheimrat *Paetz* und Professor *Alt* — besonderen Einfluß ausgeübt haben. Ich kann mit Freuden bezeugen, daß schon im Laufe einiger Dezennien in allen Bauprojekten, Erweiterungs- und Reorganisationsplänen russischer psychiatrischer Krankenhäuser, besonders der provinzialen, diese beiden hervorragenden Organisatoren, ihre Ideen und Beispiele der von ihnen geleiteten Anstalten immer wieder zitiert werden, und daß ihr Einfluß auf die russische öffentliche Fürsorge der Geisteskranken unvergeßlich bleiben wird.

Prof. *N. Bajenow*,
Vorsitzender des Vereins russischer Psychiater und Neuropathologen, Chefarzt des Preobrajenski-Hospitals für Geisteskranke, Direktor der psychiatrischen Klinik zu Moskau.



sich von dem blutigsten Kampf vor 100 und sogar 50 Jahren vollständig unterscheidet, können vom psychiatrischen Standpunkt aus die Kriegsoperationen von heute als solche betrachtet werden, die dem Typus ihrer psychischen Wirkung nach zur Kategorie derjenigen Ereignisse gehören, die ich hier unter dem Namen „große Katastrophe“ zusammenfasse.

Es sei mir gestattet, in dieser Abhandlung ganz anders zu verfahren, als es gebräuchlich ist, und zwar, bevor ich meine genauen Beobachtungen wiedergebe, direkt mit den Schlußfolgerungen zu beginnen.

Ganz unerwartet und entgegengesetzt dem, was man a priori annehmen kann, sind die nervös-psychischen Folgen der furchtbarsten Katastrophen viel unbedeutender, als man es erwarten könnte. Der Mensch erträgt eben alles.

Wie der elektrische Strom von gewisser Spannung schon physiologisch vom Organismus nicht empfunden wird und der Mensch denselben durch sich selbst ohne Folgen durchleiten und sogar in seinen Händen eine elektrische Lampe anzünden kann, so stellt man sich vor, daß auch psychologisch dem Leiden eine Grenze gesetzt ist; außerhalb gewisser Grenzen des Unglücks verstärken sich die Kraft und der Grad des seelischen Schmerzes nicht.

Und in der Tat — in solchen Katastrophen, wie es das Erdbeben in Messina war, oder während der letzten Überschwemmung an der Küste des Asowschen Meeres, wo der Mensch im Laufe kurzer Zeit alle seine Nächsten, seine ganze Familie, sein ganzes Vermögen verlor und im Alter von 40 oder 50 Jahren in die Lage eines Menschen versetzt wurde, der das Leben von neuem aufnehmen und von neuem wirken und schaffen muß, in solchen Fällen, wo scheinbar der Kulminationspunkt des Tragischen erreicht ist, wo nur Stimmen des Fluches und der Verzweiflung laut werden müßten, konnte ich sowohl in Süditalien vor 5 Jahren als auch jetzt am Kuban häufig Zustände von gewisser Betäubung und Verwirrtsein konstatieren, die an Gleichgültigkeit und Teilnahmlosigkeit grenzten, oder ich sah Bilder einer derartig rührenden christlichen Demut, die an die Bibelsage über Hiob erinnerten, der nach allen seinen Mißgeschicken auf seinem Eiterlager lag und immer wiederholte: „Gott hat gegeben, Gott hat genommen.“

Dieselben Befunde haben auch andere Forscher erhoben, die sich

mit dieser Frage beschäftigten. So schreibt Dr. *Stierlin*, daß ihm bei der psychologischen Untersuchung von Personen, die beim Erdbeben in Messina verunglückt waren, eine eigentümliche Apathie, sogar vollkommene Gleichgültigkeit vieler Geretteter gegen ihr Unglück auffiel, und bezieht sich ferner auf den Eindruck vieler Ärzte und Nichtärzte, mit denen er gesprochen hatte.

Ich war in Süditalien viel früher als *Stierlin*, 12 Tage nach der Katastrophe, und kann bestätigen, daß in der Tat dieser Indifferentismus, der mit den Schrecknissen der Katastrophe in solchem Kontrast steht, zuweilen sogar seelisches Wohlbefinden der Geretteten, besonders ins Auge fiel. Ich erinnere mich eines biederen alten Mannes, im Alter von ungefähr 70 Jahren, der bei der Katastrophe seine Frau, seine sieben Söhne und sein ganzes Hab und Gut verloren hatte; er sprach mit unverborgener Freudigkeit von seiner Rettung, als ob das Leben ihm noch irgend etwas Heiteres bieten könnte.

Zu dieser Kategorie psychologischer Phänomene gehört eine höchst interessante Selbstbeobachtung des ehemaligen Leiters der ersten medizinischen Schule in Japan, Professors *Bälz*, über die er in der Sitzung des deutschen Psychiatervereins in Berlin im April 1901 berichtete [1]).

Er war Zeuge eines großen Erdbebens in Tokio. Die nächste Folge davon war Ausfall höherer Empfindungen, die er als Emotionslähmung bezeichnet: es schwanden bei ihm für einige Zeit bei vollständigem Erhaltensein der intellektuellen Sphäre sämtliche Gefühle höherer Ordnung, wie Mitleidsgefühl, Sorge und Unruhe für seine Familie, sogar Angstgefühl usw. Allem diesem folgte eine Empfindung der Erleichterung der Gedankensphäre; bald kehrte alles zur Norm zurück.

Was die Resignation anbelangt, über die auch andere Autoren sprechen, welche sich mit dieser Frage beschäftigt haben, so möchte ich als charakteristische und krasse Illustration zu dem Gesagten über einen Fischer aus einem am Dondelta gelegenen Dorf (Gossudarew-Chutov) berichten, der sich in der Fischerei an einem anderen Arm des Flußdeltas in einiger Entfernung von seinem Hause während des Sturmes befand.

Als der Sturm ausbrach und die Dimensionen der Katastrophe sich allmählich klärten, eilte er nach Hause. Zurückgekehrt, fand er weder seine Hütte, die vom Wasser mit allem Hab und Gut weggeschwemmt worden war, noch seine Frau und seine sechs Kinder, die alle untergegangen waren.

[1]) *Bälz*, Über Emotionslähmung, diese Ztschr., Bd. 58, S. 717.

Nicht im dramatischen, sondern im epischen Tone, ohne sein unermeßliches Unglück mit Mienen oder Gesten besonders hervorzuheben, erzählte er mir vom Geschehenen.

Er will nach Kiew als Pilger gehen und noch andere heilige Orte aufsuchen. „Gott hat uns für unsere Sünden gestraft." Er überlegt sich und zieht andere zu Rate, wie er sein weiteres Leben einrichten soll.

In der psychologischen Wissenschaft ist die Lehre von den psychophysiologischen Schutzreaktionen nur angedeutet und noch gar nicht ausgearbeitet. Einiges Material gibt in dieser Beziehung das Studium der Fakta und Ereignisse, welche nach großen Katastrophen konstatiert werden. Als ich z. B. mit Prof. *Bianchi* Personen befragte, die nach dem Erdbeben in Messina gerettet wurden, so erwies es sich, daß die nächste Folgeerscheinung der Katastrophe, die erste direkte psychologische Störung sich im Verlust der Zeitempfindung äußerte. Personen, die sich kein psychisches Trauma zugezogen und nur unter den Trümmern der zusammengestürzten Häuser begraben waren und in diesem Zustande einige Stunden und sogar mehr als 24 Stunden verbracht haben (wie bekannt, kam die erste Hilfe 26 Stunden nach der Katastrophe mit dem russischen Panzerschiffe), konnten sich über die Zeitdauer, in welcher sie sich in der obenerwähnten Lage befanden, absolut keine Rechenschaft geben.

Objektiv geurteilt, kann es wohl kaum etwas Entsetzlicheres geben, als sich lebend begraben zu fühlen, wenn auch für einige Stunden, in Todesangst sich zu fragen, ob Hilfe und Rettung kommen werde, in Verzweiflung die sich lang hinziehenden Minuten zu zählen. In Wirklichkeit aber erwies es sich, daß die Verunglückten sich über die Sachlage keine Rechenschaft gaben und sich nicht erinnern konnten, ob sie sich in diesem Zustande einige Sekunden oder Stunden befanden. Professor *Bianchi* erzählte mir, daß merkwürdigerweise bei diesen lebend Begrabenen sogar Stillstand oder Verlangsamung physiologischer Funktionen des Organismus beobachtet werden konnte, so z. B. der Urinabsonderung und Defäkation; es lag somit hier ein dem Winterschlaf der Tiere analoger Zustand vor.

Diese Erscheinung kann selbstverständlich nicht anders bezeichnet werden als eine psycho-physiologische Schutzreaktion. In dieselbe Kategorie gehört auch wahrscheinlich die Beobachtung von meinem Freunde *Ferrari*, Professor an der Universität Bologna und Direktor des psychiatrischen Krankenhauses in Reggio-Emilia, und von *Näcke*,

ie ich gleicherweise weder in Italien noch im Dongebiet konstatieren onnte, weil hierzu ein direkter Kontakt mit der Bevölkerung und ändiges Leben mit derselben gehören. *Ferrari* bezeichnet dieses sychologische Phänomen als „Révolte contre la mort", *äcke* (Archiv für Kriminalanthropologie) faßt dasselbe auf als einen usfall hemmender Vorstellungen und Hervortreten der gewöhnlich ief versteckten Empfindungen und Instinkte.

Diese indirekte, weniger naheliegende Folgeerscheinung der großen Katastrophe besteht im Sinken der sexuellen Sittlichkeit in der Bevölkerung, in Steigerung der sexuellen Initiative unter den Männern und Verringerung des Widerstandes unter den Frauen und Mädchen.

Dieses Faktum kann vermutlich mit einer anderen psychologischen, allgemein bekannten, aber bislang noch nicht aufgeklärten Beobachtung gleichgestellt werden und zwar mit der gesteigerten Zahl der Geburten in einem Lande in dem Jahre nach einem Kriege. Mit gewisser Reserve und in Form einer Hypothese kann so auch das Sinken der sexuellen Moral erklärt werden, das in Rußland in den Jahren unmittelbar nach der Revolution von 1905 in Form verschiedener Vereine „der freien Liebe", der „Ogarki"[1]) usw., beobachtet worden, worüber schon in der damaligen Presse berichtet wurde, und was einige Psychiater in ihrer eigenen Praxis verzeichnen konnten.

Während meiner Exkursion nach Süditalien nach der ganz exquisiten Katastrophe, wo im Laufe einiger Minuten Zehntausende von Menschen ihren Tod gefunden haben, reiche, blühende Städte zerstört und immense Reichtümer vernichtet wurden (es genügt hervorzuheben, daß schon zwei Wochen nach dem Erdbeben allein auf Messina in den Banken Wechsel auf 25 Millionen Lire vorgestellt wurden, die von keinem und nirgend eingelöst werden konnten, später vermutlich noch mehr), fand ich in den neapolitanischen Krankenhäusern, wohin sämtliche nach dem Erdbeben Erkrankte schon evakuiert waren, unter denselben nur 17 psychisch Kranke, von denen einige ausgeschlossen werden mußten, deren Krankheit mit der Katastrophe nur in einem zufälligen Zusammenhang stand, z. B. zwei progressive Paralytiker, an deren Leiden selbstverständlich die Schrecken des überstandenen Erdbebens nicht schuld sein konnten; man könnte höchstens

[1]) „Ogarok" heißt wörtlich eine fast ausgebrannte Kerze.



annehmen, daß sie als Impuls zur Manifestation der vorhandenen Erkrankung dienten.

Fast alle übrigen Fälle erinnerten mich an diejenigen psychopathischen Zustände, die ich an den vom letzten Kriegsschauplatz in der Mandschurei evakuierten Soldaten beobachten konnte, und für die nach Ansicht fast aller Psychiater, welche sich mit diesem pathologischen Symptomenkomplex beschäftigten, eine eigentümliche Verbindung von melancholischer Depression und eigenartiger Betäubung oder Abstumpfung charakteristisch ist.

So bezeichnete *Schaikewitsch* diese Psychose als Vesania depressivo-stuporosa, *Ssuchanow* teilt die von ihm beobachteten Psychosen in Formen ein, die augenscheinlich nur gewisse Grade oder Nuancen ein und derselben Psychose darstellen, und zwar in die 1. depressiv-melancholische Form, 2. depressiv-amentive, 3. depressiv-stuporöse und 4. depressiv-paranoische; *Jakubowitsch* stellt mit nicht geringerem Recht 5 Formen auf: 1. die depressive, 2. depressiv-amentive, 3. depressiv-paranoische, 4. dement-apathische und 5. depressiv-hypochondrische Form. Voraussichtlich ist dieser außergewöhnliche Symptomenkomplex für alle sogenannten Schreckpsychosen charakteristisch, d. h. für solche psychopathischen Zustände, wo als ätiologisches Moment das psychische Trauma in Form eines plötzlichen unbeschreiblichen Entsetzens die Hauptrolle spielt.

Dr. *Stierlin*[1]), der ebenfalls in Messina gewesen ist, allerdings zwei Monate später als ich, bestätigt nicht nur meine Eindrücke über die Verunglückten in Süditalien, sondern ergänzt sie noch durch Mitteilungen über das Erdbeben in Valparaiso von 1906 und charakterisiert den psychopathischen Zustand der Erkrankten mit folgenden Worten: „... der eigentümliche, stuporöse, lähmungsartige Zustand, der jedes vernünftige Handeln und zielbewußte Vorgehen, jede ruhige Überlegung unmöglich macht".

Dr. *Phleps*[2]) erwähnt ebenfalls in seiner Abhandlung „Psychosen nach Erdbeben", in der er das psychopathologische Material nach dem Erdbeben von 1895 in Steiermark und Krain bearbeitet hat, daß nach dem moralischen Chok als erste mehr oder weniger stürmische Exazerbation der Psychose „eine längere Phase eines melancholisch-stuporösen Zustandes" folgt.

Während meiner letzten Exkursion an die Küste des Asowschen Meeres habe ich andauernde Psychosen von diesem Typus nicht gesehen; jedoch muß ich folgendes vorwegnehmen:

[1]) *E. Stierlin*, Über psycho-neuropathische Folgezustände bei den Überlebenden der Katastrophe von Courrières am 10. März 1906. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 25.

[2]) Jahrb. f. Psych. 1903, Bd. 23, S. 382.



1. Wenn derartige Erkrankungen noch nicht aufgetreten sind, so folgt daraus noch nicht, daß sie in Zukunft auch fehlen werden, denn die Erfahrung des gegenwärtigen Krieges, der Erdbeben in Krain, in Süditalien und Valparaiso und die Katastrophe in den Kohlengruben von Courrières lehrt uns, daß zwischen der Katastrophe und derartigen Erkrankungen ein gewisser Zeitraum liegen kann, und 2. ist es möglich, daß solche Erkrankungen schon jetzt vorhanden sind, jedoch der Beobachtung entgehen. Man muß die große Schwierigkeit in Betracht ziehen, mit welcher derartige Untersuchungen in solchen Gegenden wie das Dondelta und das Kubansche Gebiet verbunden sind. Das betreffende Gebiet ist kolossal groß; seine Dimensionen kommen denen eines ganzen westeuropäischen Staates gleich; unfahrbare Wege, zumal in dieser Jahreszeit, die so schlecht sind, daß sogar der an alles gewöhnte Russe ratlos dasteht. Die Katastrophe war ausgebrochen unter der Bevölkerung der Meeresküste, auf schmalen Landzungen, die ins Meer hereinragen und von Fischern bewohnt sind; die Fischereien (leichte, aus Schilf gebaute und mit Lehm bestrichene Hütten, wo die Fischer leben und der Betrieb vor sich geht) liegen zuweilen einige Werst voneinander entfernt; dort arbeiteten zahlreiche, nirgends registrierte Arbeiter, weshalb auch die Zahl der Toten eigentlich unaufgeklärt geblieben ist. Nach der Überschwemmung endlich, die von den Landzungen alles, was sich auf denselben befand — Menschen, Bauten, Geräte, Vieh — fortgerissen hatte, zerstreuten sich die Geretteten nach allen Gegenden hin und entgingen somit der weiteren Beobachtung; zum Schluß sei noch das fast vollständige Fehlen der medizinischen Hilfe in den betreffenden Ortschaften und der psychiatrischen Hilfe im ganzen Gebiet erwähnt; eine Vorstellung darüber erhält man, wenn man weiß, daß im Kubangebiet mit einer Bevölkerung von mehr als 2,5 Millionen Einwohnern in der Stadt Ekaterinodar 50 Betten nur für psychisch kranke Männer und in einem Dorf noch 30 Betten für chronische Kranke vorhanden sind; als Beispiel dafür, wie es sich mit der medizinischen Hilfe überhaupt in diesem reichsten Gebiet, der Getreidekammer Rußlands, verhält, wo die ganze Bevölkerung die Einführung des Semstwo sehnsüchtig erwartet, führe ich denselben berühmten Ort — Primorsko-Achtarskaja — an. In der Tat ist dieser Ort ein großer Hafen, wohin Schiffe aus Europa einlaufen, wo ausländische Getreideexportfirmen



ihre Kontore haben, wo reiche Menschen von amerikanischem Schliff wohnen; hier ist das Zentrum des russischen Fischbetriebes (der berühmte Atschnewsche Kaviar). Die ständige Bevölkerung beträgt 15 000 Einwohner, und trotz aller dieser Bedingungen fehlt hier ein Arzt, es fehlt sogar eine Ambulanz, geschweige denn ein Krankenbett. Es wohnt hier freilich ein frei praktizierender Arzt, aber auch er will fort. Nachdem vor einigen Monaten in die Primorsko-Achtarskaja aus Ekaterinodar eine Eisenbahn durchgeführt worden, gibt es auch einen Eisenbahnarzt, aber der hat mit der Bevölkerung nichts zu tun. Kurz vor meiner Ankunft ist aus einem anderen Dorf ein Arzt mit Personal kommandiert worden, welcher ein kleines Lazarett des Roten Kreuzes eröffnete; das war aber eine Extramaßregel. Gewöhnlich hat aber dieser reiche Handelshafen mit 15 000 Einwohnern gar keine medizinische Hilfe.

Für eine Untersuchung aber, wie ich sie mir zur Aufgabe gestellt hatte, ist es unumgänglich notwendig, sich an die vorhandene medizinische Organisation — kleine Krankenhäuser, Ambulatorien usw. — zu halten. Dort, wo es möglich war, wie z. B. in Kagalnik, benutzte ich larga manu das Aufnahmejournal des dortigen Arztes. Es müssen alle diese außergewöhnlichen Schwierigkeiten der Untersuchung der verunglückten Bevölkerung vom psychiatrischen Standpunkt aus in Betracht gezogen werden; die Frage nach dem Vorhandensein von andauernden Psychosen unter den Einwohnern, die sich unter dem Einfluß der großen Katastrophe entwickelt hatten, muß vorerst offen gelassen werden.

Wie aus folgendem kurzen Resümee meiner Beobachtungen an Ort und Stelle zu ersehen, in dem ich die Symptomatologie den Grundzügen nach notiert habe, beobachtete ich vorübergehende Psychosen, die zur Gruppe der sogenannten Schreckpsychosen gehören und Nervenaffektionen von längerer Dauer nach sich zogen; diese nervösen Störungen gehören ihrem Symptomenkomplex nach zur Gruppe der traumatischen Hysterie oder traumatischen Neurose.

Ich beginne mit einem Fall von reinem moralischen Chok:

1. Marie Bukadarowa, 27 Jahre alt. Persönlich hat sie bei der Katastrophe nicht gelitten. Während der Überschwemmung befand sie sich in der Kirche. Bei der Heimkehr sah sie, daß ihr Haus weggeschwemmt war und die Mutter verschwunden; sie fiel in Ohnmacht. In



Bezug auf die drei nächstfolgenden Tage — vollständige Amnesie. Die Schwester erzählte, daß sie delirierte, indem sie verschiedenen Unsinn redete. Jetzt schläft sie die Nächte gar nicht oder schlecht. Wenn es Abend wird, macht sie sich zur Mutter auf und läuft sinnlos umher; bei der Anrede antwortet sie häufig nicht, augenscheinlich versteht sie nicht, was man spricht.

Stimmung und Mimik deutlich depressiv. Sie weint die ganze Zeit. Wahnideen wurden bei der Untersuchung nicht konstatiert, dagegen Störung der Aufmerksamkeit. Kehlkopf- und konjunktivaler Reflex fehlt, Patellarreflex sehr schlaff. Globus hystericus.

2. Paul Gubenko, 19 Jahre alt. Vor dem Sturm war er ganz gesund und arbeitete bei einem Schuster. Er wurde samt seiner ganzen Familie vom Dach gerettet, auf das er während der Überschwemmung gestiegen war; jetzt arbeitsunfähig; tagelang geht er umher oder liegt und schweigt. „Es ist ihm schwer ums Herz.“ Mimik depressiv, hypochondrische Klagen; im Laufe von 3 Tagen nach der Katastrophe — Schlaflosigkeit; nachher hat sich der Schlaf gebessert; jetzt schläft er wieder schlecht.

3. Akulina Bukodarowa, 21 Jahre alt, hatte sich auf einen Akazienbaum mit ihrem Manne und ihrem Kinde gerettet; auf einen anderen Baum wollte sich ihre Tante retten; der Baum neigte sich ins Wasser, und die Tante ertrank unter ihren Augen. Der Mann hielt sie am Zopf und verdeckte ihre Augen, damit sie den Tod der Tante nicht sehen sollte. Auf den Armen hielt sie ihr Kind.

Vollständige Amnesie der unmittelbar nach der Katastrophe vorgefallenen Ereignisse: sie erinnert sich nicht, von wem und wie sie gerettet wurde. In den nächsten Tagen nach der Katastrophe soll sie, den Aussagen des Mannes zufolge, Unsinn geredet haben. Jetzt — stark ausgeprägte Störung des Gedächtnisses und der Aufmerksamkeit; führt einige wirtschaftlichen Angelegenheiten aus und vergißt, was sie eigentlich tun soll; geht an eine Stelle und kommt an eine andere. Die Stimmung ist depressiv; Schlaflosigkeit; sehr schlechter Appetit; Verstopfung; Krämpfe in den Extremitäten. Herabsetzung aller Empfindungstypen links, Kehlkopfreflex fehlt, Konjunktivalreflex vorhanden, Patellarreflex gesteigert.

4. Akulina Abramenko, 50 Jahre alt; hatte sich mit ihrer Enkelin auf einem Faß gerettet. Was weiter war, dessen erinnert sie sich nicht. Im Laufe der 4 nächsten Tage nach der Katastrophe — derartig starke Schwindelanfälle, daß sie sich nicht aufrichten konnte; sie schrie fortwährend: „Rettet, ich ertrinke.“ Es bestanden starke Gesichts- und Gehörshalluzinationen, die sich auf die überlebten Ereignisse bezogen; sie treten auch jetzt auf, vorzugsweise in der Nacht. Wahnideen fehlen. Intellektuelle Sphäre ohne Abweichung von der Norm.

5. Chawronja Jeremenko, 35 Jahre alt. Vor der Überschwemmung war sie gesund. Jetzt: Schwindelanfälle, Herzklopfen, Krämpfe in den Extremitäten und im Körper. Albdrücken. Kehlkopfreflex herab-



gesetzt, Patellarreflex fehlt, unbedeutender Romberg. Störung der Schmerzempfindung in der rechten Hand und in der rechten Stirnseite.

6. Strjapko, 42 Jahre alt. Dienender auf der Jassenskaja-Landzunge, wo fast alle Eisenbahnarbeiter untergegangen waren. Er erzählt: Ich wurde ungefähr um 3½ Uhr nachts geweckt. Ich lief zur Lokomotive, auf welcher, sowie auch auf dem Ballastzuge, schon viele Rettung suchten. Als die Waggons überschwemmt wurden, mußte die Wand eines derselben durchbrochen werden, um die Frauen und Kinder auf die Lokomotive überzuführen; jedoch wurde letztere von den Wogen umgeworfen. Einer nebenstehenden Frau wurde ihr Kind von der Welle aus dem Arm gerissen; es ging sofort unter. Ich verlor die Besinnung und erinnere mich des Geschehenen nicht; wie es sich später erwies, verblieb ich 6 Stunden auf der Lokomotive. Als letztere schon auf der Seite lag und ich ungefähr alle 3 Minuten überschwemmt wurde, empfand ich unüberwindliches Verlangen, zu schlafen. Jedoch schlief ich nicht ein, weil der verrückt gewordene Arbeiter Sspurnikow mich auf den Rücken zu schlagen begann (er starb bald darauf). Das Wasser trat zurück; gegen 11 Uhr morgens hatte sich neben der Lokomotive eine kleine Insel aus angeschwemmtem Ballast gebildet; ich wurde von jemandem dorthin befördert; dieses Momentes entsinne ich mich noch undeutlich. Ich kam zu mir erst dann, als mich meine Frau zu rütteln und herumzuführen begann. Später brachten mich die Arbeiter in eine erhalten gebliebene Badestube, wo ich mich erwärmte. Darauf kam Hilfe der Lokalbehörden und der Eisenbahnadministration; im Laufe von 3 Tagen glaubte ich das Sehvermögen verloren zu haben: vor den Augen stand die ganze Zeit ein Nebel von Wasserstaub, der während des Sturmes und der Überschwemmung entstanden war. Das Gehörvermögen war ebenfalls abgeschwächt. Die Stimmung war eine gleichgültige. Den Aussagen eines Eisenbahningenieurs zufolge, der den Verunglückten sofort nach der Katastrophe sah und ihn nach Primorsko-Achtarskaja gebracht hatte, sprach der Kranke wirres Zeug, von einem Gegenstande zum andern springend. Jetzt ist der Kranke sehr reizbar; lautes Gespräch, Streit, sogar das Anzünden eines Streichhölzchens ist ihm unangenehm. Hypnagogische Halluzinationen — ein ins Wasser gefallenes Kind, Gruppe von Arbeitern, die vor seinen Augen untergegangen waren, usw. Häufige Schwindelanfälle, Appetitlosigkeit.

6. Zu derselben Gruppe der nach der Überschwemmung auf der Jassenskaja-Landzunge Geretteten gehört Katharine Jaitschnikowa, 25 Jahre alt. Sie hatte sich zuerst auf den Eisenbahnwagen gerettet, darauf begab sie sich auf den Tender und die Lokomotive. Nachdem letztere umgeworfen war, wurde sie durch eine Welle ins Wasser geschleudert und wäre ertrunken, wenn der Schaffner Grizai sie nicht gerettet hätte. Darauf gelangte sie auf das oben erwähnte Sandinselchen samt ihrem Retter. Sie sah ihren Mann auf einem Kasten schwimmen;



verabschiedete sich von ihr, seit der Zeit weiß man nichts mehr von n. Auf ihren Armen hielt sie ihr Kind von ungefähr 4 Jahren, das bald roren war; der Knabe bat fortwährend: „Mama, ich will schlafen"; selbst empfand ein unüberwindliches Verlangen, zu schlafen, und ilief auch ein. Sie verlor die Besinnung und kam zu sich erst im Eisen-hnambulatorium in Primorsko-Achtarskaja. Die ersten 24 Stunden lirierte sie: schrie, daß sie ertrinke, rief nach ihrem Manne. Seit der it leidet sie an derartig arger Schlaflosigkeit, daß Schlafmittel (Veronal id andere) nicht wirken. Hartnäckige Kopfschmerzen. Schroffer und ımotivierter Stimmungswechsel, Weinerlichkeit ohne besondere Ur-chen. Schwindelanfälle. Schwächegefühl. Hysterische Anfälle. Globus ysterieus. Analgesie, besonders bemerkbar bei Verbänden; Reflexe normal.

7. Eudokija Ussenko, 29 Jahre alt. Aus derselben Gruppe der eretteten. Sie versuchte, sich zu retten, zuerst auf den Eisenbahn-vagen, dann auf den Tender, schließlich in die Badestube. Sie fiel von ler Lokomotive ins Wasser. Unüberwindliches Verlangen, zu schlafen. ie wurde ins Ambulatorium in einem erregten Zustande gebracht, sie chimpfte. Am nächsten Tage depressiver Zustand. Hartnäckige Schlaf-osigkeit, die durch keine Mittel beeinflußt werden kann. Hypnagogische Halluzinationen und Albdrücken. Sie kann nicht einschlafen infolge rampfhafter Zuckungen. Schwächegefühl. Hartnäckige Kopfschmerzen. Reflexe und Sensibilität normal.

8. Ksenija Ssitnikowa, 26 Jahre alt. Vor dem Sturm immer gesund gewesen; ihre Schwester erzählt, daß sie die ersten Tage nach der Katastrophe wie wahnsinnig war, wirres Zeug sprach und schrie, halluzi-nierte, indem sie die Katastrophe von neuem durchlebte. Jetzt besteht Amnesie, die sich auf die Katastrophe und die ersten Tage nach derselben bezieht, dann Gedächtnisstörung, hypnagogische Halluzinationen, Albdrücken.

9. Martschinenko, 50 Jahre alt; früher, immer gesund ge-wesen; während der Überschwemmung fing sie an, das Vieh zu retten, und wurde von einer Welle umgeworfen. Sie lief in die Hütte, durchbrach die Decke und rettete sich in den Dachraum. Das Haus schwankte; um 11 Uhr morgens wurde die ganze Familie auf ein Boot evakuiert. Jetzt bestehen hartnäckige Kopfschmerzen, Schwindelanfälle und Bewußt-seinsstörung. Deutlich ausgeprägter allgemeiner Tremor; Schwermut; alles schmerzt. Schläft nur des Abends, dann erwacht sie unter der Wirkung von Albdrücken oder hypnagogischen Halluzinationen und kann nicht mehr einschlafen. Auf dem Bett kann sie nicht liegen, da alles zu schwanken beginnt; sie legt sich auf die Diele. Appetit ist vorhanden, jedoch kann sie nichts essen, da der Geschmackssinn vollständig verloren ist. Anästhesie in Form von Handschuhen und Strümpfen; an den-selben Stellen vollständige thermische Anästhesie. An den Ober- und Unterarmen im Gegenteil Hyperästhesie. Sämtliche Reflexe gesteigert.



10. Demetrius Mussorow. Mit seinem Sohn hielt er sich auf einem Balken über Wasser. Anfangs bestand Störung des Orientierungssinnes; er konnte sich keine Rechenschaft geben, wo er sich befinde; er sah seine Fischerei, die aber in Wirklichkeit vernichtet war. Jetzt leidet er an starken Kopfschmerzen; sein 12 jähriger Sohn beklagt sich auch über Kopfschmerzen und Schwindel. Vollständige Amnesie des Geschehenen; er entsinnt sich nur, wie er sich vor dem Sturm schlafen gelegt; von diesem Moment an bis Ende des zweiten Tages inklusive hat er alles vergessen und erinnert sich sogar der Katastrophe nicht. Die erste Zeit nach der Katastrophe lag er. Im Schlaf schreit er; Krämpfe. Allgemeine Hyperalgesie und thermische Hyperästhesie.

11. Tatjana Petritschenko, 33 Jahre alt. Nach der Rettung war sie 2 Tage ohne Besinnung. Jetzt besteht Zerfahrenheit, Störung der Aufmerksamkeit und des Gedächtnisses. Sie vergißt, was sie zu tun hat. Hartnäckige Kopfschmerzen, Schwindelanfälle, Appetitlosigkeit. Kehlkopfreflex fehlt, Patellarreflex gesteigert. Sensibilitätsstörung in Form von Plaques. Früher gesund gewesen.

12. Iwanow, 40 Jahre alt. Augenscheinlich schon früher Neurastheniker gewesen. Vor seinen Augen ging seine ganze Familie zugrunde: Frau und 7 Kinder. Im Beginn der Überschwemmung lief er aus seinem Hause heraus, um ein Boot herbeizuholen, jedoch wurde dasselbe durch die Welle zur Seite geworfen, wobei er ein Ruder verlor. Das Haus konnte er nicht mehr erreichen. Von weitem sah er den Untergang seiner Familie; er sah, wie sie aufs Dach gestiegen waren, wie das Haus zusammenstürzte, wie das Dach aus den Fugen ging und sie weggeschwemmt wurden. Jetzt ist er wiedergekommen, um die Leichen der Seinen zu suchen; er fand alle, außer einer Tochter. Der psychische Zustand ist ein tief depressiver; spricht sehr langsam und leise, weint fortwährend. Beim Gespräch mit ihm konstatiert man Störung der Aufmerksamkeit und des Gedächtnisses. Klagt über Bewußtseinsstörung und Vergessenheit. Schwindelanfälle.

13. Warwara Gila, 55 Jahre alt. Klagt jetzt über starke Kopfschmerzen, Gedächtnisschwäche, Schlaflosigkeit. Störung der Aufmerksamkeit. Handschuhanästhesie. Krämpfe in den Extremitäten.

14. Elisabeth Orlowskaja, 30 Jahre alt. Früher gesund gewesen. Während der Überschwemmung befand sie sich auf der Landzunge. Durch die Wellen wurde die Wand der Hütte, die zum Meere gekehrt ist, durchgebrochen. Das Haus schwankte. Sie rettete sich auf den Dachraum und das Dach. Hier wurde sie von einem Boot (Barkasse) aufgenommen. Klagen: Kopfschmerzen, Schwindelanfälle. Angstgefühl. Weint tags und nachts. Albdrücken. Hypnagogische Halluzinationen.

15. Michail Titow, 28 Jahre alt. Während der Überschwemmung wurde er ungefähr 5 Werst weit auf einem Dach getrieben, bis er strandete. Jetzt klagt er über hartnäckige Kopfschmerzen und Schwindel-

anfälle. Bei der Arbeit vergißt er plötzlich, was er zu tun hat. Es bestanden bei ihm Gehörshalluzinationen. Schlaflosigkeit. Anorexie. Bei seiner Frau — vollständige Amnesie in bezug auf die Katastrophe selbst und die nächstfolgenden Tage.

Aus Zeit- und Raumersparnis veröffentliche ich den größeren Teil meiner Notizen nicht, da sich in denselben ungefähr das gleiche Bild der Katastrophe und analoge Klagen der Verunglückten wiederholen.

Indem ich meine Arbeit abschließe, möchte ich nochmals hervorheben, daß meine Beobachtungen an der Küste des Asowschen Meeres sich mit meinen früheren in Süditalien und mit den Beschreibungen anderer, wenn auch nicht zahlreicher Autoren decken, die über dieselbe Frage bezüglich der Erdbeben in Österreich oder Südamerika und der Katastrophe in den Kohlengruben von Courrières berichtet haben.

Aus diesem nervös-psychopathischen Symptomenkomplex müssen als besonders konstant folgende Erscheinungen hervorgehoben werden: 1. hartnäckige Kopfschmerzen, 2. Schwindelanfälle, 3. außergewöhnliche Schlaflosigkeit, 4. Appetitlosigkeit, 5. Albdrücken und wahrscheinlich auch hypnagogische Halluzinationen, 6. in allen Fällen vollständige Amnesie der Katastrophe selbst und der nächstfolgenden Tage, 7. länger dauernde Störung des Gedächtnisses und der Aufmerksamkeit sowie auch Zerfahrenheit, 8. apathisch-depressiver Zustand, 9. hysterische Symptome in Form von Krämpfen, Sensibilitätsstörung und Störung der Reflexe, Globus hystericus, Weinerlichkeit usw.; 10. andauernde Psychosen nach großen Katastrophen sind nicht zahlreich und zeichnen sich durch ihren eigenartigen Charakter aus — Vereinigung melancholischer Symptome mit dementiven.



Eine neue Markscheidenschnellfärbemethode.

Von Dr. **Kurt Schroeder,**
Oberarzt an der Landesheilanstalt Uchtspringe.

Unter den Methoden, die uns zur Erforschung des Zentralnervensystems zur Verfügung stehen, nimmt trotz aller Bereicherungen der histologischen Technik die Weigertsche Markscheidenfärbung noch immer einen der allerersten Plätze ein. Durch die Schönheit der Bilder und die Sicherheit des Erfolges bildet sie einen der bemerkenswertesten Marksteine in der Geschichte unserer Untersuchungsmethoden. Freilich ist die *Weigert*sche Methode besonders in ihrer ursprünglichen Form und bei der Verarbeitung größerer Gewebstücke recht zeitraubend. Es sind daher mancherlei Modifikationen angegeben worden, die eine Verkürzung der erforderlichen Zeit zum Ziele haben.

Weigert selbst verdanken wir die wichtigsten Abänderungen seiner Methode. So führte er die Chromierung im Thermostaten und die Schnellbeize ein. Bei ersterer wurde die Zeitdauer der Chromierung von Monaten auf einige Wochen herabgesetzt. Bei Anwendung der Fluorchrombeize können kleine Gewebstücke bereits in einigen Tagen genügend chromiert werden. Sie dringt jedoch wenig in die Tiefe und ist daher nur an Objekten von wenigen Millimetern Dicke anwendbar. Bei beiden Modifikationen sind die Stücke in Zelloidin einzubetten, was ja besonders bei größeren Blöcken außerordentlich zeitraubend ist.

Eine wesentlich schnellere Herstellung von Markfaserpräparaten gelang durch die Färbung der Myelinscheiden am Gefrierschnitt, wie sie von *Spielmeyer* [1]) und von mir [2]) angegeben worden ist. Es liegt jedoch

---

[1]) *Spielmeyer*, Markscheidenfärbung am Gefrierschnitt. Neurol. Zentralbl. XXIX, 7.

[2]) *K. Schröder*, Der Faserverlauf im Vorderhirn des Huhns. Dargestellt auf Grund von entwicklungsgeschichtlichen (myelogenetischen) Untersuchungen, nebst Beobachtungen über die Bildungsweise und Entwicklungsrichtung der Markscheiden. Journ. f. Psych. u. Neur. Bd. XVIII, 1911, S. 157.



in der Natur der Gefrierschnittechnik, daß hierbei nur sehr dünne Gewebstücke von mäßigem Umfange verarbeitet werden und keine lückenlosen Schnittserien damit hergestellt werden können. Auf beides kann aber bei Faserverlaufsuntersuchungen, die ja einen sehr wesentlichen Teil des Anwendungsgebietes der Markscheidenfärbung darstellen, nicht verzichtet werden.

Ich suchte daher eine Methode ausfindig zu machen, bei der auch von größeren Gewebstücken in kurzer Zeit Markfaserpräparate in lückenloser Serie hergestellt werden können.

Da die Chromierung der Blöcke und die nachfolgende Zelloidineinbettung die meiste Zeit in Anspruch nimmt, schien es mir darauf anzukommen, einmal die Einbettung ganz auszuschalten und die Chromierung nicht an den Stücken, sondern erst an den Schnitten vorzunehmen. Die zum Beizen erforderliche Zeitdauer ist ja dem Volumen des Objektes direkt proportional. Während sie bei größeren Blöcken wochen- und monatelang dauert, sind Schnitte schon in Stunden, höchstens wenig Tagen genügend chromiert. Zweckmäßig schien es mir, von der Formalinfixierung auszugehen, da sie ja das am häufigsten angewandte Härtungsmittel ist. Da hierbei das Gewebe noch nicht die zum Schneiden erforderliche Konsistenz erlangt, so war ein Härtungsmittel zu suchen, das den bei der *Weigert*schen Methode sich färbenden Bestandteil der Markscheiden in keiner Weise verändert. Ich muß daher zunächst auf die Histochemie der Myelinfärbung eingehen.

Bekanntlich besteht die Markscheide aus verschiedenen Substanzen, vor allem aus Lezithin, Protagon, Cholesterin und Neurokeratin. Die Frage, welche dieser Substanzen sich bei der *Weigert*schen Methode färbt, ist schon mehrfach behandelt, doch sehr verschieden beantwortet worden. Während zuerst *Ambronn* und *Held* [1]), später auch *Reich* [2]), eine Färbung des Lezithins annahmen, sprach *Wlassak* [3]) das Protagon für den Stoff an, auf dem die Markscheidenfärbung beruht. *Schiefferdecker* [4]) und *Kap-*

[1]) *Ambronn* und *Held*, Beiträge zur Kenntnis des Nervenmarks. I. Über die Entwickelung und Bedeutung des Nervenmarks. Arch. f. Anat. u. Phys., Anat. Abt., 1896.

[2]) *Reich*, *F.*, Über den zelligen Aufbau der Nervenfaser auf Grund mikrohistochemischer Untersuchungen. I. Teil. Die chemischen Bestandteile des Nervenmarks; ihr mikrochemisches und färberisches Verhalten. Journ. f. Psych. u. Neur. Bd. VIII, 1907.

[3]) *Wlassak*, Die Herkunft des Myelins. Ein Beitrag zur Physiologie des nervösen Stützgewebes. Arch. f. Entwicklungsmechanik d. Organismen Bd. VI, 4, 1898.

[4]) *Schiefferdecker*, *P.*, Die *Weigert*sche Hämatoxylin-Blutlaugensalzfärbung bei anderen als nervösen Teilen. Anat. Anz. Bd. II, 1887.

Derselbe: Beiträge zur Kenntnis des Baues der Nervenfasern. Arch. f. mikr. Anat. Bd. XXX, 1887.



pers[1]) aber glauben, daß eine bestimmte Substanz, die gefärbt wird, bei der genannten Methode nicht vorhanden ist. Es gelang mir[2]) dann vor einigen Jahren, den Nachweis zu erbringen, daß sich bei der *Weigert*schen Markscheidenfärbung das Lezithin färbt, daß aber eine Mitfärbung des Neurokeratins stattfindet. Von den chemischen Eigenschaften des Lezithins ist schon seit langem bekannt, daß es in Alkohol bei Zimmertemperatur leicht löslich ist, und daß die Alkohollöslichkeit durch Formalinvorbehandlung nicht beeinflußt wird. Zur Nachfärbung von Gewebstücken, die in Formalin fixiert sind und zur Myelinfärbung verwandt werden sollen, kann also niemals Alkohol in Frage kommen. Ich untersuchte nun das Verhalten des rein dargestellten, von *Grübler* (Leipzig) bezogenen Lezithins gegenüber zahlreichen Flüssigkeiten und hebe von den Resultaten nur hervor, daß es in Azeton auch bei wochenlanger Einwirkung unlöslich ist. Da Azeton zur Härtung vorzüglich geeignet ist, so war damit ein Mittel gefunden, das geeignet erschien, dem in Formalin fixierten Gewebe die zum Schneiden erforderliche Konsistenz zu verleihen. Es war nun naheliegend, die Azetonbehandlung unmittelbar an die Formalinhärtung anzuschließen. Längere Zeit habe ich mit einer solchen Methode gearbeitet, doch war das Ergebnis zwar leidlich gut, doch nicht immer befriedigend. Oft gelangen recht gute Faserbilder, doch war das Resultat nicht immer ein gleichmäßig gutes. Bemerkenswert war, daß die Schnitte sich vorzüglich zur *Nißl*-Färbung eigneten, so daß ich schon glaubte, der Erfüllung eines von mir seit Jahren verfolgten Lieblingswunsches nahe zu sein, nämlich eine Methode zu finden, bei der sich die Schnitte gleich gut für Zell- wie für Faserfärbung eignen. Es ist dies ja ein trotz mannigfacher Versuche noch immer ungelöstes Problem. Wegen der nicht ganz befriedigenden Ergebnisse kam ich auf den Gedanken, zwischen die Formalinbehandlung und die Azetonhärtung eine kurz dauernde Chromierung einzuschalten, die endgültige Beizung aber an den Schnitten erst vorzunehmen. Nach mehrfachen Versuchen mit verschiedenen Chromsalzlösungen ergab sich, daß die besten Bilder dann gewonnen wurden, wenn zur Vorchromierung zunächst eine der *Orth*schen Lösung ähnliche Mischung (Formaldehyd. solut. 1, 5prozentige Lösung von Kal. bichromic. 9) bei 37°, dann eine 5 prozentige Kal. bichromic.-Lösung ohne Formalinzusatz bei derselben Temperatur angewandt wurde. Die Formalin-Chrommischung habe ich 24 Stunden einwirken lassen und in dieser Zeit die Flüssigkeit mehrmals erneuert. Es bildet sich nämlich bald ein Niederschlag, der zwar die Wirksamkeit nicht aufhebt, aber eine Erneuerung der Lösung wünschenswert erscheinen läßt. Mit der 5 prozentigen Chromkalium-Lösung habe ich die Stücke 1 bis

---

[1]) ***Ariens Kappers***, Recherches sur le développement des gaînes dans le tube nerveux. ***Petrus Camper***, Nederlandsche Bijdragen tot de Anatomie. II. Teil. Haarlem und Jena 1904.

[2]) ***Schröder, K.***, Der Faserverlauf im Vorderhirn des Huhnes usw. Journ. f. Psych. u. Neurol. Bd. XVIII, 1911.



3 Tage behandelt, je nach ihrer Dicke. Die Objekte werden nun mit Filtrierpapier abgetrocknet und in 50 prozentiges Azeton gebracht. In immer stärkeren, von 10 zu 10% steigenden Azetonlösungen wird nun nachgehärtet, bis die Blöcke in reinem Azeton liegen. Auch hier richtet sich die Zeit nach der Größe des Gewebstückes. Bei ca. 2 cm dicken Stücken habe ich die Azeton-Lösung täglich gewechselt und verstärkt. Bei kleineren Blöcken kommt man mit kürzeren Zeiten aus, so daß bei kleinen Objekten die Azetonhärtung in 1½ bis 2 Tagen beendigt ist.

Das Schneiden hat ohne Einbettung unter Azeton zu geschehen. Reines Azeton ist hierzu jedoch nicht geeignet, da es zu rasch verdunstet. Auch dünne Lösungen kommen nicht in Betracht, da sie das Mikrotommesser nicht gleichmäßig benetzen. Als geeignet hierzu hat sich 85 prozentiges Azeton erwiesen.

Zum Befestigen der Gewebstücke wird beim Schneiden ohne Einbettung gewöhnlich Gummi arabicum oder Siegellack benutzt. Beides erwies sich als ungeeignet. Ich habe daher Paraffin vom Schmelzpunkt 36° angewandt. Den Schmelzpunkt habe ich so niedrig gewählt, damit oberflächlich anhaftendes oder in die Unterseite des Blockes eingedrungenes Paraffin bei der Nachbehandlung der Schnitte im Thermostaten bei 37° ausschmilzt und nicht durch besondere Lösungsmittel entfernt zu werden braucht. Das Aufkleben des Objektes geschieht nun in folgender Weise. Man bringt das Stück aus dem reinen Azeton für kurze Zeit in 85 prozentiges Azeton und legt es dann mit der anzuschneidenden Fläche auf eine mehrfache Lage mit 85 proz. Azeton befeuchteten Filtrierpapiers, um die Schnittfläche vor dem Austrocknen zu schützen. Auf einem Holzklotz bringt man etwas Paraffin (36°) mit angewärmtem Spatel zum Schmelzen, und ebenso ein wenig auf der vorher gut mit Filtrierpapier abgetrockneten Unterseite des Gewebstückes. Nun setzt man dieses rasch auf das noch flüssige Paraffin auf und verteilt es mit angewärmtem Spatel rings um den Fußteil des Blockes. Hierbei muß rasch gearbeitet werden und das Objekt sofort nach dem Aufsetzen mit einem in 85 proz. Azeton getauchten Pinsel befeuchtet werden, um das Trockenwerden des Gewebes zu verhindern. Obgleich die Objekte durch die Azetonhärtung eine sehr derbe Konsistenz erhalten, so können doch überhängende Teile etwas federn und müssen daher durch Paraffin in geeigneter Weise gestützt werden.

Beim Schneiden ist zu beachten, daß 85 proz. Azeton leicht verdunstet; nach jedem Schnitte ist daher Messer und Block zu befeuchten. Die Schnittfähigkeit ist eine sehr gute. Selbst viel dünnere Schnitte als für Markfaserpräparate üblich sind, gelingen mit großer Regelmäßigkeit. Die Schnitte werden mit dem Pinsel zunächst in 85 proz. Azeton, später mit einem Glashaken durch zwei Schalen destillierten Wassers in *Weigerts* Fluorchromschnellbeize gebracht und im Thermostaten bei 37° der endgültigen Chromierung unterzogen. Eine eintägige Beizung ist dazu voll-



kommen ausreichend. Längerer Aufenthalt schadet natürlich nichts, scheint aber auch nicht zu nützen. Mit einer Beizung von einigen Stunden kommt man auch aus. Ja selbst wenn man die Schnitte in einem Uhrschälchen fünf Minuten über der Flamme vorsichtig erwärmt, erhält man ganz schöne Bilder. Doch möchte ich am meisten die eintägige Chromierung empfehlen. Wegfallen darf sie nicht, da die Objekte bei der kurzen Stückbeizung nicht genügend Chrom aufnehmen. Da die Schnitte bei den weiteren Prozeduren wie alle Schnitte von uneingebettetem Material sehr empfindlich sind und leicht beschädigt werden können, empfiehlt es sich, sie nach der Serienschnittmethode von *Obregia* weiter zu behandeln. Sie kommen zu dem Zwecke aus der Beize nach zweimaligem Abspülen mit destilliertem Wasser in Alkohol (80 proz.) und werden nun in der bekannten Weise zu Photoxylinplatten verarbeitet. Man achte vor allem darauf, daß das Klosettpapier beim Aufdrücken auf die Dextrin-Zuckerplatte nur noch wenig feucht ist, und warte mit dem Aufgießen der Photoxylin-Lösung so lange, als es ohne Gefahr des Trockenwerdens der Schnitte möglich ist. Die Photoxylin-Platte kommt hierauf nochmals für einige Stunden oder einen Tag in die Fluorchrombeize bei 37° und wird nach zweimaligem sorgfältigen Abspülen gefärbt. Ich benutze hierzu stets gekochte Lösungen, indem ich von der üblichen 10 prozentigen alkoholischen Hämatoxylinlösung 5 ccm mit 100 ccm Aq. dest. mische, eine Viertelstunde kochen lasse, nach dem Erkalten 5 % einer gesättigten Lithion carbonicum-Lösung zusetze und im Thermostaten bei 37° färbe. Die Differenzierung nehme ich nach ein- bis mehrstündigem Aufenthalt in Leitungswasser nach *Lustgarten-Pal* vor, verdünne aber die Lösung etwas, lasse die Schnitte nur Bruchteile einer Minute darin und wiederhole die Prozedur mehrmals, bis das gewünschte Resultat eben erreicht ist. So ist die bei nicht genügender Vorsicht leicht erfolgende Entfärbung der feinsten Fasern mit Sicherheit zu vermeiden. Nach der Differenzierung ist natürlich mehrere Stunden, am besten einen Tag lang in mehrmals zu wechselndem Leitungswasser auszuwaschen. Von der Photoxylinplattenmethode kann abgesehen werden, wenn von einer größeren Anzahl von Schnitten nur wenige verwandt werden sollen, da von den losen Schnitten trotz ihrer Empfindlichkeit viele ohne Schaden alle genannten Maßnahmen überstehen. Unentbehrlich ist die Photoxylinplattenmethode aber dann, wenn es sich um die Herstellung von Serienschnitten handelt. Für diese möchte ich noch einige besondere Winke geben.

Zur Aufnahme der Schnitte verwendet man am besten Porzellantafeln mit numerierten Vertiefungen, die mit 85 proz. Azeton zu füllen sind. Die Schnitte werden dann mit Spatel und Pinsel durch zwei Wasserschalen in ein Gefäß mit der Schnellbeize gebracht und zwischen je zwei eine mit Bleistift numerierte Filtrierpapierscheibe von der Größe der Schale gelegt. Man achte darauf, daß die Schnitte möglichst faltenlos in die Beize kommen. Nach ein- bis mehrtägiger Chromierung und ev. Wechseln der Beize werden die Schnitte nach Abspülen und kurzdauernder Durchtränkung mit



80 proz. Alkohol nach der oben erwähnten Methode zu Photoxylinplatten verarbeitet und nach nochmaliger mehrstündiger Beizung gefärbt.

Nach *Weigerts* Vorschlag wird bei der Markscheidenfärbung bis heute Wert darauf gelegt, daß die alkoholische Hämatoxylinstammlösung, die den Ausgangspunkt der Farblösung bildet, ein Alter von mehreren Monaten hat, also ausgereift ist. Die von mir oben zur Verwendung empfohlene, gekochte Hämatoxylinlösung wird zwar in den Techniken nicht erwähnt, aber doch in manchen Laboratorien angewandt. Stets wurde bisher aber Wert auf Benutzung einer monatelang ausgereiften Stammlösung gelegt. Da dies ev. unbequem sein kann, habe ich die Frage untersucht, ob das Alter der Hämatoxylinlösung wirklich die ihm bisher zugeschriebene Rolle spielt. Ich stellte zu diesem Zwecke Färbeversuche mit drei 10 prozentigen alkoholischen Hämatoxylinlösungen an, einer mehrere Monate alten ausgereiften, einer ganz frischen, erst am Verwendungstage hergestellten und einer 6 Tage alten Lösung. In allen Fällen kochte ich von der Stammlösung eine 5 prozentige wässerige Lösung, fügte nach dem Erkalten 5% einer gesättigten Lithion carbonicum-Lösung zu und färbte 15 bis 20 Stunden bei 37°. Vor dem Kochen ist die frische Hämatoxylinlösung fast wasserklar, die andern entsprechend dunkler. Während des ¼ stündigen Kochens wird auch die frische Lösung rasch dunkel. Nach dem Lithionzusatz ist kein Farbunterschied mehr zu sehen, und die Färbekraft ist bei allen Lösungen vollkommen die gleiche. Die Präparate weisen nicht den geringsten Unterschied auf. Das Ausreifen der Hämatoxylinlösungen beruht bekanntlich auf einer Oxydation des Hämatoxylins zu Hämateïn. Dieser Prozeß, der bei Zimmertemperatur nur langsam vor sich geht, vollzieht sich offenbar beim Kochen sehr schnell. Es spielt also bei der Verwendung gekochter Lösungen das Alter der alkoholischen Hämatoxylinstammlösung keine Rolle.

Die bei der angegebenen Methode gewonnenen Schnitte eignen sich jedoch nicht nur zur Darstellung der Markfasern, sondern auch für eine Zellübersichtsfärbung. Zu diesem Zwecke werden die Schnitte, die einige Zeit in 85 proz. Azeton aufgehoben werden können, zweimal mit Wasser abgespült und 48 Stunden bei 37° in einer wäßrigen Toluidinblaulösung (1‰) gefärbt. Die Differenzierung geschieht nach ca. 5 Minuten langem Aufenthalt in destilliertem Wasser in steigendem Alkohol ev. auch unter Verwendung von Anilin-Alkohol, wonach aber natürlich gut mit Alkohol wieder ausgewaschen werden muß. Die Aufhellung geschieht in Kajeputöl, Xylol, Einschluß in Xylol-Kanadabalsam. Wenn auch an diesen Präparaten bisweilen das *Nißl*-Bild deutlich hervortritt, so können sie natürlich nicht zu feineren Zellstudien Verwendung finden. Doch geben sie ein gutes Bild der Zellgruppierung und eignen sich daher zu zytoarchitektonischen Studien. Zellkern mit Kernkörperchen tritt deutlich hervor, und besonders schön sind die Gliakerne mit Kerngerüst gefärbt. Vielleicht gelingt es später einmal, eine Methode zu finden, bei der sich die Schnitte gleich gut für Zell- wie für Faserfärbung eignen.



Der Vorteil meiner Methode ist also der, daß es bei ihr gelingt, in viel kürzerer Zeit als bisher Markfaserpräparate in lückenloser Serie zu erhalten, bei denen, wie an Rindenschnitten ersichtlich ist, auch die feinsten Fasern gefärbt sind. Der Vorteil ist besonders bei der Verarbeitung größerer Stücke ersichtlich.

Will man z. B. ein 2 cm dickes, median halbiertes Stück der Vierhügelgegend verarbeiten, so braucht man hierzu bei meiner Methode folgende Zeiten:

Formalinfixierung, die stets sehr sorgfältig zu geschehen hat	5 Tage,
Chrom-Formalinmischung 37°	1 Tag,
Chrom 5% 37°	3 Tage,
Azeton 50% bis absolut	6 Tage,
Beizen der Schnitte bei 37°	1 Tag,
Beizen der Photoxylinplatten .... ca.	5 Stunden,
Hämatoxylinfärbung .... ca.	20 Stunden,
Leitungswasser	einige Stunden,
Wässern der differenzierten Schnitte .	1 Tag,
Gesamtdauer	18 Tage.

Vergleicht man hiermit das bisherige Verfahren, so ist zu beachten, daß sich bei so dicken Stücken die Anwendung der Schnellbeize wegen ihrer geringen Tiefenwirkung nicht empfiehlt. Die sichersten Resultate gab in solchen Fällen die kalte Chromierung nach Formalinfixierung, die aber bei dicken Stücken ca. ein Vierteljahr dauert. Chromierung im Thermostaten führt zwar in einigen Wochen zum Ziele, macht aber bei so langer Dauer die Blöcke leicht brüchig. Immerhin will ich sie bei der Berechnung zugrunde legen. Es ergeben sich dann folgende Zeiten:

Formalinfixierung	5 Tage,
Chromierung im Thermostaten	3 Wochen,
Auswaschen in Alkohol 70%	4 Tage,
Alkohol 80% bis absolut	5 Tage,
Alkohol-Äther	2 Tage,
dünnes, mittleres, dickes Zelloidin, mindestens je 2 Wochen	6 Wochen,
allmähliches Erstarrenlassen	3 Tage,
Alkohol 80%	2 Tage,
Beizen der Schnitte	1 Tag,
Färben	1 Tag,
Wässern der differenzierten Schnitte .	1 Tag,
Gesamtdauer	¼ Jahr.

Bei der von mir angegebenen Methode reduziert sich also die Herstellungsdauer auf fast ein Fünftel der bisher notwendigen Zeit.



Bei kleineren Objekten (Rinden- oder Rückenmarkstücken) ist natürlich die Herstellungsdauer eine erheblich kürzere, so daß man bequem in einer Woche vom Tage der Sektion ab zum Ziele kommt.

Kurz zusammengefaßt stellt sich also die Methode folgendermaßen dar:

1. Sorgfältige Formalinfixierung (1 bis 5 Tage, je nach Größe). Mehrmaliger Wechsel des Formalins.

2. Beizung der Stücke in Formald. solut. 1, 5 proz. Lösung von Kalium bichromicum 9. 24 Stunden bei 37°. Die Flüssigkeit ist mehrmals zu wechseln.

3. Beizen der Stücke in 5 proz. Lösung von Kalium bichromicum bei 37°. 1 bis 3 Tage lang, je nach der Größe der Stücke. Täglicher Wechsel der Flüssigkeit.

4. Abtrocknen der Stücke und Nachhärtung in Azeton, 50 proz. bis absolut, steigend von 10 zu 10%. Bei großen Stücken wird täglich um 10% gestiegen, bei kleineren in kürzeren Intervallen (¼ bis ½tägig).

5. Nach kurzem Verweilen in 85proz. Azeton Aufkleben der Stücke mittels geschmolzenen Paraffins vom Schmelzpunkt 36°.

6. Schneiden unter 85 proz. Azeton.

7. Übertragen der Schnitte in *Weigerts* Fluorchrom-Schnellbeize nach kurzdauerndem Wässern in einmal zu wechselndem destillierten Wasser. Eintägiges Beizen bei 37°.

8. Abspülen in Aq. dest., 80 proz. Alkohol für kurze Zeit, Photoxylinplattenmethode nach *Obregia*.

9. Mehrstündiges Beizen der Photoxylinplatten in *Weigerts* Fluorchrombeize bei 37°.

10. Abspülen in Aq. dest. und Färben 15 bis 24 Stunden bei 37° in folgender Mischung: 10 proz. alkoholische Hämatoxylinlösung von beliebigem Alter 5,0, Aq. dest. 100,0. Die Farblösung ist ¼ Stunde lang zu kochen, nach dem Erkalten auf 100 aufzufüllen und 5 ccm einer gesättigten Lithion carbonicum-Lösung zuzusetzen.

11. Ein- bis mehrstündiges Wässern in Leitungswasser. Differenzieren nach *Lustgarten-Pal* in halb mit Wasser verdünnten Lösungen, jedesmal Bruchteile einer Minute.

12. Ein- oder mehrtägiges wässern in mehrmals zu wechselndem Leitungswasser, Alkohol, 80 proz., 96 proz., Karbolxylol, Xylol, Xylol-Kanadabalsam.



Biologische Betrachtungen über das Wesen der Paralyse.

Von **P. Ehrlich,** Frankfurt a. M.

Die Bedeutung der Arbeitsmethoden, welche die experimentelle Therapie gelehrt hat, ist nicht nur dadurch begründet, daß in rationeller Weise auf großzügiger Basis Heilstoffe aufgefunden werden, welche der Bekämpfung verheerender Infektionskrankheiten dienen. Man wird diesen direkten Einfluß, den die experimentell-therapeutische Arbeitsrichtung auf die praktische Medizin hat, natürlich an erster Stelle schätzen müssen, aber darum keineswegs übersehen dürfen, daß auch in anderer Hinsicht die experimentell-therapeutischen Studien von hoher Bedeutung sind, wenn auch hierbei der Nutzen für die praktische Therapie ein mehr indirekter ist. Vor allem war es die Entwicklung der Chemotherapie, welche durch die sachgemäße Auffindung und Erprobung von Heilmitteln zugleich die Biologie der Krankheitserreger auf neuartige Weise zu beleuchten und ihre Kenntnis zu vertiefen imstande war. So ist bereits ein umfassendes Wissensgebiet entstanden, das man treffend als die therapeutische Biologie der Mikroorganismen bezeichnen kann, und das uns eine Reihe von Einblicken in die Pathologie, zumal die Pathogenese der Infektionskrankheiten gewährt, dadurch aber zugleich wiederum unsere therapeutischen Maximen zweckmäßig zu gestalten gestattet.

Zwei fundamentale Erkenntnisse sind es, welche den Mittelpunkt unserer Kenntnisse von den durch chemotherapeutische Studien aufgedeckten Eigenschaften der Parasiten darstellen: die Lehre von den Chemozeptoren und die Lehre von den Nutrizeptoren. Die Chemozeptorenlehre ist relativ einfach in ihren Konsequenzen für die Theorie und Praxis. Sie zeigt uns, daß die Wirkung der Arzneistoffe eine spezifische ist, und daß durch ihren Einfluß die Empfindlichkeit der Parasiten gegenüber den parasitiziden Stoffen in spezifischer Weise verändert werden kann, so zwar, daß in praktischer Hinsicht eine spezifische Resistenz eintritt, die wir als Arzneifestigkeit be-



zeichnen. Komplizierter erscheinen jedoch die Bedingungen, wenn man die Nutrizeptoren der Parasiten betrachtet, d. h. diejenigen Partialfunktionen der Zelle, welche für die Auslösung und Wirkung von spezifischen Antikörpern maßgebend sind. Hier hat man auf Grund der chemotherapeutischen Studien eine unendlich mannigfaltige Variabilität kennen gelernt, welche vielfach bis dahin schwer verständliche Erscheinungen des Krankheitsverlaufs, vor allem das Entstehen der Rezidive, zu entwirren und ihre Gesetzmäßigkeit darzutun gestattet. Das Wesentliche der neugewonnenen Erkenntnisse besteht darin, daß die Parasitenzelle eine große Anzahl latenter Rezeptorfunktionen enthält, welche vikariierend manifest werden, sobald die vorher funktionstüchtigen Rezeptortypen schwinden. Der Schwund wird bedingt durch eine Inaktivitätsatrophie, welche als Folge der Antikörpereinwirkung aufzufassen ist. Mit der Ausbildung der vorher latent gewesenen Rezeptoreigenschaften ist eine neue Vitalität der Parasiten verbunden, und so entstehen aus den antikörper-(serum-)fest gewordenen lebensuntüchtigen Stämmen neue, wieder lebensfähige Abarten, welche zwar gegenüber den gleichen Antikörperarten ebenso serumfest wie die Ausgangsstämme sind, aber andersartige, als Antigene fungierende, also zur Auslösung von Antikörpern geeignete Rezeptoren besitzen. Mit der Ausbildung dieser Stämme sind auch die infektiösen Eigenschaften der Parasiten wieder aufgetreten; die vorher gewissermaßen schlummernden Organismen sind wieder zu Infektionserregern geworden und bewirken nunmehr ein Rezidiv. Es liegt ohne weiteres auf der Hand, von welch großer Bedeutung diese biologischen Phänomene für das Verständnis des Verlaufs der Infektionskrankheiten sind, und vor allem wechseln ja, wie bekannt, bei den durch tierische Parasiten hervorgerufenen Infektionen, insbesondere auch bei der Syphilis, krankheitsfreie Intervalle mit einem Wiederausbrechen des Infektionsprozesses.

Wenn ich mich bei einer näheren Betrachtung an dieser Stelle auf eine bestimmte Krankheitsform beschränke, so sei es mir gestattet, die Verhältnisse etwas näher für die progressive Paralyse zu illustrieren, zumal sie eine von den wichtigen Krankheitsformen darstellt, denen die Lebensarbeit *Conrad Alt*s — und ihm sollen ja diese Blätter ein Zeichen herzlicher Verehrung bedeuten — gewidmet ist. War doch *Alt* auch der erste, der die durch die experimentelle Chemothera-



pie geschaffenen Arsenpräparate mit größtem Verständnis und kritischer Umsicht in der menschlichen Pathologie anwandte, und der durch scharfe klinische Beobachtung der neuen Therapie Wege und Ziel wies.

Nachdem *Noguchi* der Nachweis von Spirochäten im Gehirn von Paralytikern gelungen ist, hat die Anschauung, welche die Paralyse als eine metasyphilitische Erkrankung betrachtete, ihre Berechtigung verloren. Wir werden anzunehmen haben, daß es sich nicht um eine Folgeerscheinung einer aktiven syphilitischen Infektion handelt, vielmehr noch um einen syphilitischen Infektionsprozeß. Wenn man dieser Definition folgt, so ergibt sich sofort für charakteristische Merkmale beim Krankheitsverlauf der Paralyse eine befriedigende Erklärung. Wir finden ja gerade bei der Paralyse jenes wechselvolle Bild von mehr oder weniger schweren Krankheitsattacken und Remissionen, das — sonst schwer verständlich — durch die Charakterisierung der Paralyse als aktiven Infektionsprozeß eine einfache Erklärung findet. Auch die Remissionen bei der Paralyse werden wir uns nicht anders vorzustellen haben als Krankheitsintervalle, welche, durch die Auslösung von Antikörpern hervorgerufen, eine Heilung vortäuschen können. Haben sich dann die zurückgebliebenen Spirochäten der Antikörperwirkung angepaßt, und sind sie derart serumfest geworden, so entsteht ein Wiederaufflackern des Prozesses, ein Rezidiv. Die krankheitsfreien Stadien sind also als die Folge einer temporären spirilliziden Serumwirkung aufzufassen, und ich habe sie daher schon früher als spirillolytische Intervalle bezeichnet, unter Hinweis darauf, daß man zu solchen Zeiten natürlich wenig oder gar keine Aussicht hat, Spirochäten aufzufinden, wie das ja in der Tat für einen großen Teil der Paralysefälle zutrifft. Man kann um so mehr auf derartige negative Befunde gefaßt sein, als die spirillolytische Antikörperwirkung ein lebensbedrohender Vorgang sein kann. Denn durch den plötzlichen massenhaften Zerfall der Spirochäten gelangen ihre giftigen Leibessubstanzen, die Endotoxine, rasch zur Resorption, und es kann daher durch eine akute Endotoxinvergiftung eine klinische Verschlimmerung, ja der Tod eintreten, und dann ist der scheinbar paradoxe Befund „Exitus ohne Spirochäten" ohne weiteres verständlich. Aus dem gleichen Grunde ist auch gerade bei der Paralyse, bei der die Spirochäten diffus in einem so lebenswichtigen Organe lokalisiert sind, besondere Vorsicht bei der Anwendung chemotherapeutischer spirilli-



zider Mittel erforderlich. Denn es kann eben durch allzu raschen Zerfall der Krankheitserreger infolge der freiwerdenden Endotoxine gleichzeitig Schaden angerichtet werden. Es ist ein weiteres Verdienst *Alt*s, zuerst auf dieses Moment die Aufmerksamkeit gelenkt zu haben. *Alt* warnte vor der Anwendung stark spirillizider Mittel, zumal in höheren Dosen, insbesondere bei solchen Paralytikern, deren klinisches Verhalten auf ein akutes Aufflackern des Hirnprozesses hinwies. Wie berechtigt diese Mahnung war, zeigt u. a. ein von *Leredde* et *Jamin* mitgeteilter Todesfall nach Salvarsaninjektion. Es handelte sich dabei um einen 59 jährigen Paralytiker, der die kleine Dosis von 0,15 g Salvarsan erhalten hatte, und bei dem sich nach 1½ Stunden bereits epileptische Krämpfe entwickelten und nach 5 Stunden im Koma der Exitus erfolgte. Hier handelte es sich augenscheinlich um eine rasche Abtötung der Spirochäten und dadurch bedingte Endotoxinvergiftung. Andererseits erscheinen aber gerade durch den Nachweis der Spirochäten im Paralytikergehirn die chemotherapeutischen Bestrebungen, die Paralyse günstig zu beeinflussen und zu heilen, durchaus berechtigt. Man wird dabei nur zu berücksichtigen haben, daß durch die zahlreich wiederholte Bildung von Rezidivstämmen, die während des langdauernden Zeitraums vom Beginn der Infektion bis zum Auftreten der paralytischen Erscheinungen stattgefunden hat, hier offenbar Rezidivstämme vorliegen, die nicht nur durch ihr differentes Verhalten gegenüber den gewöhnlichen Spirochätenantikörpern, sondern auch durch eine erhebliche Resistenz gegenüber chemischen Arzneistoffen ausgezeichnet sind. So ist es verständlich, daß die Quecksilberbehandlung überhaupt versagt und das Salvarsan, wenn es auch bei systematischer Anwendung Remissionen bewirkt (ich verweise nur auf die Arbeiten von *Raecke*, *Runge* u. a.), doch nicht zu einer vollständigen Heilung führt. Berücksichtigt man aber dabei, daß die Paralyse nun als eine ätiologisch geklärte Krankheit erscheint, und daß offenbar die Spirochäten bei Paralyse, sei es durch ihre biologische Beschaffenheit, sei es durch ihre Lokalisation den Heilmitteln gegenüber nur eine wesentlich gesteigerte Widerstandsfähigkeit besitzen, so wird man mit frischem Mut auch bei dieser Krankheit das Heilungsproblem in Angriff nehmen dürfen und durch Verwendung stark wirkender Stoffe und ihre Kombination es versuchen, auch bei der Paralyse der Spirochäten Herr zu werden.



Das Treponema der allgemeinen Paralyse.

Von **A. Marie (de Villejuif)** und **C. Levaditi.**[1])

Wir haben uns die Aufgabe gestellt, in dieser Mitteilung den Nachweis zu führen, daß das Treponema der allgemeinen Paralyse in biologischer Beziehung von der Spirochaete pallida der syphilitischen Erkrankung der Haut und Schleimhaut verschieden ist. Die Kliniker haben schon die Hypothese von der Beteiligung eines besonderen syphilitischen Giftes in der Ätiologie der Paralyse und der Tabes aufgestellt. Sie haben einerseits das Auftreten paralytischer und tabischer Krankheitserscheinungen bei mehreren Personen beobachtet, deren Ansteckungsstoff aus derselben Quelle stammte, und anderseits die Häufigkeit der syphilitischen Erkrankung des Nervensystems bei Eheleuten.

Die Beobachtungen von *Morel* und *Fournier*, von *Babinski* (zwei Studenten, die sich an derselben Geliebten angesteckt haben, werden zur selben Zeit paralytisch), von *Mott* (zwei Milchbrüder, die durch die Amme syphilitisch geworden sind, werden 10 Jahre später paralytisch), von *Brosius* (von 7 Glasbläsern, die sich durch dieselbe Glasröhre an den Lippen infiziert haben, erkranken nach Verlauf von 10 Jahren 5 an Tabes oder Paralyse), von *Marie* und *Beaussart* (von 2 Brüdern, die sich an derselben Frau syphilitisch infiziert haben, erkrankt der eine an Tabes, der andere an Paralyse), alle diese Beobachtungen zeigen, daß gewisse Quellen des spezifischen Giftes mehr als andere zu Erkrankungen der zerebrospinalen Nervensystems führen. Anderseits lassen die von *Marie* und *Beaussart* mitgeteilten Tatsachen keinen Zweifel an der Häufigkeit der Paralyse und Tabes bei Eheleuten aufkommen.

Der Nachweis des Treponemas im Gehirn der Paralytiker (*Noguchi*) und die Möglichkeit, das Treponema auf Kaninchen zu übertragen (*Noguchi*, *Berger*, *Uhlenhuth* und *Mulzer*, *Graves*, *Levaditi*, *Volk*, *Mattauschek* und *Arzt*) haben uns in die Lage versetzt, die Richtigkeit dieser Hypothese nachzuweisen.

[1]) Übersetzung von Dr. *Hankeln*-Chemnitz.



Unser Gift PG stammt von einem Paralytiker, der seit 15 Jahren syphilitisch ist [1]). Das Blut, das mehreren Kaninchen unter die Haut des Skrotums gespritzt wurde, erzeugte bei einem von ihnen Hautveränderungen, in denen zahlreiche Spirochäten vorhanden waren. Wir haben mit diesem Gift weitere Überimpfungen vorgenommen und es mit dem syphilitischen Virus von *Trüffe* verglichen, das 6 Jahre lang in gleicher Weise auf Kaninchen fortgezüchtet worden war. Diese vergleichende Studie hat uns folgende Eigentümlichkeiten gezeigt:

1. Inkubationsperiode. Die Periode der Inkubation ist bei dem Virus PG eigentümlich lang. Sie betrug 127 Tage bei der ersten Ansteckung und 94, 46 und 49 Tage bei den folgenden Überimpfungen. In den beiden positiven Fällen von *Noguchi* war die Inkubation 87 und 102 Tage (zerebrales Virus), in denen von *Graves* (Virus aus dem Blut) 7 und 9 Wochen.

2. Aussehen der krankhaften Veränderungen. a) Makroskopisch: Das Virus PG erzeugt oberflächliche Veränderungen, Erosionen, die mit Schuppen bedeckt und von einer Infiltrationszone in der Haut umgeben sind. Niemals haben wir mit Geschwürsbildung oder Induration einhergehende Schädigungen beobachtet oder solche, die in die Tiefe des Gewebes hineingingen, indem sie gleichzeitig die Haut und die Schleimhaut der Scheide in Mitleidenschaft zogen, Störungen, wie sie das spezifische Gift von *Trüffi* hervorruft.

b) Mikroskopisch: Die Schädigung bei dem Virus PG erscheint als eine Verdickung der Haut und als Infiltration der Papillen und aller oberflächlichen Hautschichten mit mononukleären und Plasmazellen. Die Epidermis schuppt sich ab und zerfällt schließlich geschwürig. Endarteriitis wird wenig beobachtet, wohl aber eine starke Perivaskulation ohne Verstopfung der Blutgefäße. Bei den durch das Gift von *Trüffi* erzeugten Veränderungen dagegen sind die Infiltration und die Endarteriitis stärker und das in der Tiefe liegende Gewebe viel deutlicher an dem Krankheitsprozeß beteiligt. Endlich, was besonders auffällig ist, das ist die ganz eigentümliche Verwandtschaft des Virus PG zu den Epithelien der Epidermis. Die Spirochäten wuchern vorzugsweise in dieser Epithelschicht, lösen die Zellen von der Unterlage und scheinen selbst in diese Zellen einzudringen.

[1]) *Levaditi*, C. R. de l'Acad. d. Sc. 1913, t. 157, p. 864.



3. Verlauf. Das Virus PG unterscheidet sich vom Gifte *Trüffi* auch dadurch, daß die von ihm hervorgerufenen Krankheitserscheinungen nur mit einer außerordentlichen Langsamkeit heilen (in 169 und 195 Tagen).

4. Giftigkeit. Das Virus Trüffi zeigt sich trotz seiner zahlreichen Überimpfungen auf Kaninchen pathogen für die niederen Affen (Inkubation: 26, 25 und 24 Tage) und für den Schimpansen (Inkubation: 45 Tage). Ein bemerkenswerter Laboratoriumszufall hat den Beweis erbracht, daß es auch für den Menschen pathogen ist (Inkub.: 45 Tage, flechtenartige krankhafte Veränderungen, Wassermann positiv, keine Sekundärerscheinungen). Das Virus PG hat nicht die syphilitische Erkrankung der Haut auf niedere Affen und auf den Schimpansen übertragen; es scheint nur für das Kaninchen pathogen zu sein.

5. Gekreuzte Immunität. Man weiß, daß die Spontanheilung des syphilitischen Schankers beim Kaninchen Immunität erzeugt. Ein Versuch hat uns gezeigt, daß das Virus PG keine Immunität gegenüber der Spirochäte von *Trüffi* herbeiführt und umgekehrt. Ein Kaninchen, das von der Affektion PG genesen war, und 4 Versuchstiere werden mit dem Virus Trüffi infiziert; sie erkranken nach Verlauf von 26 Tagen an Syphilis. Ein anderes Kaninchen, das von der Affektion Trüffi genesen war, und 2 Versuchstiere werden mit dem Virus PG infiziert; am 49. Tage kann man Spirochäten nachweisen. Gekreuzte Immunität konnte in diesem Versuche nicht festgestellt werden. Wir stellen weitere Beobachtungen an.

Wenn man ferner die schwache Giftigkeit der Spirochäte der Paralyse (Gehirn) für das Kaninchen berücksichtigt (60 Übertragungen von *Forster* und *Tomasczewski*[1]), sämtlich negativ), so muß man eine deutlich erkennbare biologische Verschiedenartigkeit zwischen dem Gift der Paralyse und dem der syphilitischen Erkrankung der Haut und der Schleimhaut annehmen.

Wir halten das Treponema der Paralyse für eine besondere neurotrope Abart von der Spirochaete pallida. Seine nahe Verwandtschaft zum Nervengewebe erklärt die langsame Ausbreitung

[1]) Diese Autoren stützen sich auf diesen geringen Grad der Krankheitserregbarkeit, um das Gift PG in biologischer Hinsicht als verschieden vom gewöhnlichen syphilitischen Virus anzusehen.



der Gehirnsymptome; sein Vorkommen — vielleicht in Symbiose mit dem Typ Treponema — auf gewissen Infektionswegen erklärt uns das Auftreten der Paralyse bei jenen Syphilitikern, die sich auf diesem Wege und nicht an anderen Quellen infizieren. Zum Schluß bemerken wir noch, daß die Unwirksamkeit der Behandlung mit Arsenik bei der Paralyse nicht von der Widerstandsfähigkeit des Virus PG gegen Arsenik herrührt, da sich dieser Infektionserreger gegenüber Arsenobenzol empfindlich zeigt (Versuch mit Kaninchen).

Die heutige Behandlung der Epilepsie auf Grnnd der Erfahrungen in der Landesheilanstalt Uchtspringe[1]).

Von Oberarzt Dr. **J. Hoppe.**

Die Erfahrungen der neueren Zeit, besonders die Fortschritte in der Serologie, die Ergebnisse der physiologischen und pathologischen Chemie, die den Resultaten der Stoffwechsellehre sich anpassende diätetische Therapie haben auch die Therapie der Geistes- und Nervenkrankheiten wiederum, und zwar zu ihrem Vorteil, der inneren Medizin näher gebracht. *Alt*, der Schöpfer der Uchtspringer Anstalt, war der erste und zu Anfang auch der einzige, der immer wieder auf den Zusammenhang der psychiatrischen mit der inneren Klinik hinwies, der in unermüdlichem Optimismus immer wieder von der inneren Medizin Vorteile für die Behandlung der Nerven- und Geisteskrankheiten erhoffte und mit rastlosem Eifer und Ausdauer erstrebte. Die Grundzüge so mancher Behandlungsarten, so z. B. der *Toulouse-Richet*schen Methode, waren schon längst in Uchtspringe erforscht und festgelegt, ehe sie von anderer Seite als eigene Behandlungsmethoden geprägt wurden. Schon bei meinem Eintritt in die Uchtspringer Anstalt (1897) waren eingehende Versuche über die Rolle, die das Chlornatrium bei den epileptischen Erscheinungen und bei der Wirkung der Bromsalze spielt, angestellt. Von dem, was damals unter *Alt* festgestellt wurde, brauchte auch nichts geändert oder verbessert zu werden, als jetzt die Neurologen durch das *Toulouse-Richet*sche Verfahren wiederum auf die Bedeutung einer richtigen, konsequent durchgeführten Ernährung bei der Epilepsie hingewiesen wurden. — Daß bei der Behandlung der Epilepsie der Neurologe darauf angewiesen ist, Hand in Hand mit dem inneren Kliniker zu arbeiten, wird einem sofort klar,

[1]) Aus der Landesheilanstalt Uchtspringe. Dir.: Professor Dr. *Alt*.



wenn man an den Zusammenhang denkt, welchen die epileptischen Erscheinungen nicht nur theoretisch, sondern auch praktisch mit inneren Krankheiten haben. Besonders bekannt und untersucht sind diese Beziehungen bei der sogenannten harnsauren Diathese, bei Infektionskrankheiten, darunter vor allem der Lues und Tuberkulose und der Rachitis.

Wenig fruchtbringend für die Therapie der Epilepsie erwies sich bisher die Ansicht, daß die epileptischen Erscheinungen in Zusammenhang stünden mit

Störungen der Harnsäurebildung oder -ausfuhr.

Kraïnski war wohl der erste, der diesen Zusammenhang behauptete und nachweisen wollte. Die auf seiner Hypothese aufgebauten therapeutischen Vorschläge, die Epilepsie mit Lithiumsalzen zu behandeln, erwiesen sich jedoch bei eingehender Nachprüfung als wirkungslos. Eine der allerwirksamsten Mittel, auf den Stoffwechsel der Harnsäure einzuwirken, ist das uns von der pharmazeutischen Chemie in neuerer Zeit geschenkte Atophan. — Besteht irgendein Zusammenhang zwischen Epilepsie und Harnsäurebildung, so müßte sich dies unter dem Einfluß dieses äußerst wirksamen Mittels auch zeigen. Von diesem Gesichtspunkte waren hier, ehe das Atophan (2 Phenylchinolin / 4 Karbonsäure) dem Handel und der Öffentlichkeit übergeben war, eingehende Versuche damit bei Epileptikern unter ständiger Kontrolle des Stoffwechsels angestellt. Die Stoffwechseluntersuchungen, die bei streng gleichmäßiger Kost angestellt waren, zeigten denn auch, daß im Harnsäurestoffwechsel eine bedeutende Veränderung eintrat, daß die Ausscheidung von 0,3 bis 0,5 g um das Dreifache bis auf 1,0 bis 1,5 g stieg; eine sichtliche Änderung im Krankheitsbilde machte sich jedoch meist nicht bemerkbar; nur zeigte sich bei einigen ein vermehrtes Auftreten der Anfälle, für welches jedoch andere Ursachen nicht gänzlich ausgeschlossen sind. Soviel geht jedoch hervor, therapeutisch wie bei Gicht lassen sich die bei Harnsäurestörungen wirksamen Mittel für Epileptiker nicht ohne weiteres verwenden; immerhin wird man aus den Erfahrungen hier angestellter Ernährungsversuche gut tun, stark nukleinhaltige Nahrungsmittel bei Epileptikern, ähnlich wie bei Gichtikern, zu verbieten oder wenigstens doch stark einzuschränken.



Über den

Zusammenhang von Epilepsie und Lues

geht die allgemeine Ansicht jetzt meist dahin, daß ein ätiologischer Zusammenhang zwischen beiden Krankheiten sehr selten besteht. Man neigt jetzt mehr zu der Meinung, daß Lues ätiologisch für Epilepsie nur ausnahmweise in Frage kommt. Die hiesigen Erfahrungen stimmen hiermit nicht ganz überein. Besonders bei epileptischen Kindern mit hereditärer Syphilis erwies sich eine sachgemäß durchgeführte antiluische Behandlung äußerst wirksam. Die Kinder verloren nicht nur ihre Anfälle dauernd, sondern wurden auch geistig und körperlich wesentlich frischer und konnten, woran vorher gar nicht zu denken war, nach der Behandlung die Schule mit gutem Erfolg besuchen. Therapeutisch weniger günstig ist es, wenn ein erwachsener Epileptiker sich eine luische Infektion zuzieht und beide Krankheiten nun nebeneinander verlaufen. Doch der Grundsatz, bei einem epileptisch Kranken jede nur erkennbare körperliche Störung sachgemäß und genau zu behandeln, bringt auch hier oft großen Nutzen. Ohne daß die Lues Ursache des epileptischen Leidens zu sein braucht, verschlimmert bei einem Weitergreifen oder Wiederaufflackern der Syphilis sich gleichzeitig auch das epileptische Leiden. Bei genauerer Kontrolle der *Wassermann*schen Reaktion stellt sich sehr oft heraus, daß ein Häufigerwerden der epileptischen Erscheinungen gleichzeitig Hand in Hand geht mit dem Wiederauftreten oder Stärkerwerden der *Wassermann*schen Reaktion. Grund genug, um regelmäßig das Blutserum zu kontrollieren und bei positivem Befund mit antiluetischer Behandlung einzugreifen. Als wirksamstes Mittel zur Bekämpfung der Lues bei Epileptikern erwies sich das zuerst durch Uchtspringe erprobte und eingeführte Salvarsan. Ob Neo- oder *Alt*-Salvarsan benutzt wird, macht therapeutisch keinen Unterschied. Dosen von 0,3 g genügen meist! Die intravenöse Injektion ist für den Kranken zwar angenehmer, meist wirkt jedoch bei der Lues des Nervensystems Salvarsan in der zuerst von *Alt* empfohlenen Anwendung (intramuskulär) besser und nachhaltiger; bei Epileptikern mit Neigung zu Status epilepticus sowie bei vielen Kranken mit geschwächter Herz- und Nierentätigkeit darf Salvarsan intravenös nur mit allergrößter Vorsicht, keinesfalls in hypertonischer Lösung, eingeführt werden. — Eine

Bromordination darf während der Salvarsanbehandlung nicht unter-
rochen, höchstens etwa eine Woche um ein Drittel der Dosis herab-
esetzt werden. Bei anderweitiger Verordnung von narkotischen
Mitteln ist jedoch große Vorsicht geboten und streng zu prüfen, ob
ich die Kombination der gewählten Narkotika mit der Salvarsan-
behandlung verträgt. Die jetzt vielfach, bisweilen etwas kritiklos
empfohlene Luminalbehandlung muß jedenfalls unterbrochen und erst
längere Zeit abgewartet werden, ehe mit der Salvarsanbehandlung
begonnen wird. Es scheint, als ob gerade die Phenylgruppe bei Luminal
auf die Dauer eine Nierenschwächung herbeigeführt, die bei größeren
Salvarsandosen verhängnisvoll werden kann, zumal die Ausscheidung
des Arsens durch Luminal verzögert wird. — Erzielt man bei luischen
Epileptikern mit Salvarsan allein nicht den gewünschten Erfolg, was
nicht selten vorkommt, weil die Empfänglichkeit vieler Epileptiker
durch vorangegangene As-Medikation verändert ist, so erweist sich
eine kombinierte As-Hg-Behandlung oft recht wirksam, wenn man
diese Behandlungen vorsichtig nacheinander durchführen läßt und
Salvarsan erst dann einführt, wenn Hg bereits wieder vollständig aus-
geschieden ist. Will man eine Schmierkur vermeiden, so können mit
großem Nutzen oft innerliche Präparate, besonders Mergal (3 mal
täglich 1 Tablette bis zu 150 Tabletten) angewendet werden.

Die

Jodbehandlung,

welche bei tertiärer Lues oft sehr schnelle und auffallende Erfolge
erzielt, ist auch bei luischen Epileptikern fast stets wirksam, besonders
dort, wo man auf ausgedehntere örtliche Erkrankungen schließen kann.
Daß Jod überhaupt bei Epileptikern, bei denen die Erkrankung auf
organischer Veränderung des Zentralnervensystems beruht, eines
der wirksamsten antiepileptischen Mittel ist, scheint noch ziemlich
unbekannt, obgleich von *Alt* schon seit langer Zeit wiederholt darauf hin-
gewiesen ist. Freilich darf die Jodmedikation nicht wahl- und ziellos
vorgenommen, sondern muß systematisch und vorsichtig zugleich durch-
geführt werden. Gelegentliche Jodgaben haben gar keinen Zweck.
Wer aber dort, wo nach Infektionskrankheiten organische Veränderun-
gen im Zentralnervensystem zurückgeblieben sind, vorsichtig und
zielbewußt eine systematische Jodkur durchführt, wird oft sehr schöne
Erfolge sehen. Das Jodpräparat muß durchschnittlich etwa einen



Monat hindurch unter ständiger Kontrolle etwaiger Vergiftungserscheinungen verabfolgt werden. Bisweilen zeigt sich schon während der Joddarreichung auffallende Besserung, mitunter aber treten bald häufigere und schwerere Anfälle auf, vermutlich ein Zeichen dafür, daß Jod auf die vorhandenen Herde bereits eingewirkt hat. Hiermit ist das Zeichen gegeben, daß die Jodbehandlung abgebrochen und erneut eine längere Brombehandlung eingeleitet werden muß. Versäumt man, während der Joddarreichung auf etwaige Vergiftungserscheinungen zu achten, so kann leicht ein schwerer Status eintreten und das Leben des Kranken gefährden. — Gewöhnlich genügen tägliche Dosen von 1 g Jodkalium oder Jodnatrium völlig; zweckmäßiger noch ist die Verabreichung von Jodkalzium in Mengen von 0,5 g täglich, zumal die Nebenwirkungen des Jod (ebenso wie des Brom) durch gleichzeitige Kalkgaben vermindert werden[1]). Recht unzweckmäßig, mitunter verhängnisvoll gefährlich für Epileptiker ist die Verordnung von Sajodin (bezw. Sabromin). Diese Präparate haben zwar den Vorzug, zunächst im Magen keine Beschwerden hervorzurufen und geschmacklos zu sein; ihr Verhalten im Tierkörper nach der Resorption ist jedoch ein derartiges, daß sie oft unwirksam, mitunter aber auch gefährlich werden können. Wie durch Untersuchungen von Prof. *Ellinger* und auch durch hiesige Versuche festgestellt ist, wird Brom und Jod aus diesen Verbindungen zum großen Teil im Fett abgelagert und bleibt untätig und unwirksam oft im Bauchfett liegen, woraus sich zunächst auch die so häufig gerühmte Ungiftigkeit dieser Präparate zwanglos erklärt. Magert nun nach einiger Zeit ein Epileptiker ab und schwindet sein Fett, so können nun auf einmal nach langer Zeit sich Jod- und Bromintoxikationen einstellen, ohne daß man zunächst entdeckt, woher diese stammen. Es ist also die Unzuverlässigkeit der Wirkung, was diese Präparate für eine länger dauernde Behandlung bei Epileptikern unzweckmäßig erscheinen läßt.

Auf örtliche Erkrankungen, aber radikaler suchen bisweilen die

Chirurgen bei Epilepsie

einzugreifen. So sehr auch einzelne Erfolge ins Auge fallen, im allgemeinen wird aber selbst bei Epileptikern, bei denen man, wie besonders

[1]) Vgl. Prof. *E. Frey*-Marburg: Die Vermeidung der Nebenwirkungen bei Brom- und Jodkuren durch gleichzeitige Kalkgaben. Med. Klinik 1914, Nr. 9.



nach einzelnen Infektionen, lokale enzephalitische Herde vermutet, wenig geleistet. Am günstigsten für die chirurgische Behandlung liegt noch die traumatische Epilepsie, aber auch nur dann, wie *Binswanger* mit Recht hervorhebt, wenn zur rechten Zeit, d. h. frühzeitig operiert werden kann. Bekanntlich hob schon der auch auf diesem Gebiet sehr erfahrene *v. Bergmann* hervor, daß man 4 Jahre nach Eintritt der Epilepsie nicht mehr mit Erfolg operieren könne.

Nur in gewisser Hinsicht, ähnlich wie durch Lues, wird die

Epilepsie durch Tuberkulose

beeinflußt. Auch hier gilt als Hauptregel, die Tuberkulose und Skrophulose mit allen nur möglichen Hilfsmitteln energisch zu behandeln. Bessert sich das Allgemeinbefinden, so bessert sich auch gewöhnlich das epileptische Leiden. Doch wirkt bei der Tuberkulose oft noch ein weiterer Umstand mit, von dem weiter unten bei der Behandlung mit Brom ausführlich die Rede sein wird: das Fieber! Während des Fiebers treten bei akuten Infektionskrankheiten die epileptischen Anfälle oft in ganz auffallender Weise zurück; dasselbe ist gleichfalls meist bei der Tuberkulose in schwererem Stadium der Fall, wenn das Fieber in stärkerer Form auftritt; auch bei Tuberkulösen, die durch ihr Leiden stark mitgenommen werden, zeigen sich die Anfälle oft wesentlich seltener oder bleiben ganz aus, sodaß es bisweilen den Eindruck macht, als ob der geschwächte Organismus auf die epileptischen Reize gar nicht mehr reagieren kann. Gelingt es, diese Kranken wieder zu bessern und erheblich zu kräftigen, so stellen sich auch wieder die Anfälle in alter, bisweilen sogar verstärkter Weise ein. — Sehr auffällig war der Einfluß der Rekonvaleszenz auf die epileptischen Erscheinungen bei der Behandlung mit dem *Friedmann*schen Tuberkuloseserum. Die heilende Wirkung dieses Serums hängt anscheinend von Faktoren ab, die wir vorläufig noch nicht übersehen, jedenfalls äußert sich die ihm nachgerühmte Wirkung nur in einzelnen, dann allerdings nahezu verblüffenden Fällen, während die größere Anzahl Tuberkulöser (besonders Darmkranker) anscheinend nur wenig beeinflußt wird. Bei diesen Kranken nun, deren tuberkulöses Leiden durch die *Friedmann*sche Behandlung nicht beeinflußt wurde, blieben auch die epileptischen Krankheitserscheinungen die gleichen. Wo aber nach der *Friedmann*schen Behandlung in kürzester Zeit eine auffallende Besserung eintrat,



wo das Fieber und die Krankheitserscheinungen schwanden und der Kranke kräftig wurde und an Gewicht zunahm, da stellten sich außer anderen früheren regelmäßigen Erscheinungen, z. B. Menses, auch die epileptischen Anfälle in gewohnter Weise wieder ein. Gerade die Zeit der Rekonvaleszenz ist es, die bei Epileptikern sorgfältig beobachtet werden muß, und in der der Neurologe durch sein Eingreifen, z. B. durch eine sachgemäße Bromkur, schöne und dauernde Erfolge erzielen kann.

Wenn es auch bisher ein spezifisches Mittel, z. B. ein Serum, gegen die Epilepsie nicht gibt, so rühmt man doch viele Arzneimittel, wie besonders die Brompräparate, Luminal usw. als direkte Antiepileptika. Zu diesen Antiepileptika im weiteren Sinne zählen jedoch nicht nur die sogenannten Nervina, sondern auch andere Präparate, die der innere Mediziner anwendet; besonders solche, welche die bei Epileptikern oft gestörte und darniederliegende Herz- und Darmtätigkeit regeln. Nur der mit den Regeln der inneren Medizin und der Diätetik genau vertraute Arzt wird auf die Dauer auch Epileptiker mit Erfolg behandeln können. Denn nur allzuoft geben Störungen im Darm, der Herz- oder Nierentätigkeit Anlaß zu gehäuften, den Gesamtorganismus schwer schädigenden epileptischen Anfällen. Grundregel einer jeden Behandlung der Epileptiker ist daher, einer jeden körperlichen Störung aufs genaueste nachzugehen und sie aufs gewissenhafteste zu behandeln. Sehr oft gelingt es durch ein Herzmittel oder ein Präparat, das die Herztätigkeit regelt, die epileptischen Anfälle wesentlich einzuschränken und das Befinden des Kranken wesentlich zu bessern. Wer ein neues, unschädliches Herzanregungsmittel finden würde, das auch auf die Dauer verwendbar ist, würde sich um die Behandlung der Epilepsie mindestens ebenso verdient machen wie durch Herstellung einer allerneuesten sinnreichen Bromkombination mit Maggi oder einer anderen noch geschmackvolleren Beimengung. Über den Nutzen einer sachgemäßen und durchdachten

Brombehandlung der Epileptiker

ist man sich jetzt wohl im allgemeinen einig. Es gibt gewiß eine Anzahl epileptisch Kranker, die sich ohne Brom wohler und freier fühlen, eine Anzahl, die für Brompräparate eine gewisse Intoleranz zeigen und aus diesem Grunde zweckmäßig ohne Brom behandelt werden,



im allgemeinen aber wird der Nervenarzt bei der Behandlung der Epileptischen das Brom nicht missen wollen, da die Vorteile, die es den Kranken bringt, bei weitem etwaige Nachteile, die sich noch zum größten Teil vermeiden lassen, überwiegen. Aber gleichwie das Operationsmesser in der ungeübten Hand nur wenig Nutzen, mitunter gar Schaden bringt, in des chirurgischen Meisters Hand aber zum Wohle der Kranken oft Wunder wirkt, so nützen auch die besten Brompräparate nichts oder schaden, wenn sie handwerkmäßig schablonenhaft angewendet werden, — wer aber Eigenart, Wirkung und Verhalten seines Medikamentes genau kennt, wird es zum größten Vorteil seines Kranken verwenden. Mit der allgemeinen Verordnung: den Epileptikern 4 bis 6 g Bromkalium täglich, ist gar nichts erreicht. Erst will die Eigenart der Kranken erforscht, erst seine Ernährung und sein Verhalten geregelt sein, ehe er den Nutzen seiner Verordnung erfährt. Im großen und ganzen sind die Grundzüge der Brombehandlung der Epileptiker schon von *Laudenheimer*, *Nencki* und *Simanowski* im allgemeinen richtig dargelegt und später besonders das Verhältnis von Brom zum Salz der Nahrung durch *Wyss*, *Ellinger* u. a. noch näher bestimmt worden. Es steht fest, daß das Brom nicht gleich vom ersten Tage der Verordnung auf die epileptischen Erscheinungen wirkt; erst muß eine gewisse Menge Brom im Organismus, besonders im Blut, aufgespeichert sein, ehe die Wirkung auf die Epilepsie deutlich hervortritt. Ich konnte 1906 [1]) zeigen, daß die Wirkung deutlich dann eintritt, wenn ein Viertel bis ein Drittel des Chlors im Blute durch äquivalente [2]) Brommengen ersetzt wird. Ist dieser Zeitpunkt erreicht, dann haben wir darauf zu achten, daß dieses Verhältnis ein gleiches bleibt und nicht verschoben wird. Tritt eine Verschiebung zugunsten des Brom ein, so liegt die Gefahr einer Bromintoxikation nahe, wird das Verhältnis aber zugunsten des Chlors verschoben, so wird die Bromwirkung eine ungenügende, d. h. zum Auslösen der Anfälle sind dann zu wenig Widerstände eingeschaltet, und die Gefahr, daß sich wieder häufige und schwere Anfälle einstellen, wird nähergerückt. Daraus ergibt sich ohne weiteres, daß die Hauptaufgabe einer sach-

[1]) *Hoppe*, Die Beziehungen der Bromwirkung zum Stoffwechsel der Epileptiker. Neurol. Zentralbl. 1906, Nr. 22.

[2]) Gewichtsmengen entsprechen durchaus nicht äquivalenten Mengen.



gemäßen Brombehandlung darin liegt, außer einer zweckmäßigen Bromordination die Ernährung des Kranken so zu regeln, daß kein Schwanken im Verhalten des Br : Cl eintritt, d. h. mit anderen Worten: Der Salzgehalt der Nahrung muß unbedingt ein gleichmäßiger sein, wenn man auf Erfolg seiner Arzeneien rechnen will. Ist der Kochsalzgehalz der Nahrung ein hoher, dann sind, um das gewünschte Verhältnis von Br : Cl aufrechtzuerhalten, auch große Brommengen in der Verordnung nötig; dies verbietet sich auf die Dauer aber von selbst, weil gerade die Salze an die Leistungsfähigkeit der Nieren die größten Anforderungen stellen und die Nieren an sich schon bei Epileptikern oft geschwächt sind. Hauptregel für die Ernährung der epileptisch Kranken wird demnach sein, mäßiger, vor allem aber gleichmäßiger Salzgehalt der Nahrung, dann werden wir auch mit relativ geringen Bromverordnungen, die zudem auch weit länger und besser vertragen werden, mehr erreichen und in bezug auf die Anfälle bessere Erfolge erzielen als mit großen Bromdosen und schwankender Diät. Die Frage, die vor nicht allzu langer Zeit zu lebhaftem Meinungsaustausch führte, ob KBr oder NaBr den Kranken zweckdienlicher sei, wird denn auch für jeden Einsichtigen, sofern er nicht eine ganz genau geregelte Kost verschreibt, ziemlich überflüssig. Was nützt es, tiefsinnige Betrachtungen darüber anzustellen, ob 2 bis 4 g KBr oder NaBr zweckmäßiger sind, ob 2 g K-Salze wirklich die angebliche Herzschädigung hervorrufen, wenn wir dabei ohne Bedenken einen Epileptiker, z. B. mit einer reichlichen Kartoffelmahlzeit 20 bis 25 g Kalisalze durchgehen lassen! Wenn es zweckmäßig ist, daß der Salzgehalt der Nahrung für die Epileptiker ständig ein mäßiger ist, so ist damit doch nicht gesagt, daß er auch ein so geringer sein soll, wie er oft und durchaus nicht immer zum Nutzen des Kranken bei der sogenannten *Toulouse-Richet*schen Behandlung verordnet wird. Die Salze sind ebenso wichtige Bestandteile der Nahrung wie Eiweiße und die anderen Nahrungstoffe, und eine Salzhungerkur dürfen wir mit der sogenannten salzarmen Behandlung nicht einleiten, da sie mitunter zu schweren, konstitutionellen Schädigungen des Gesamtorganismus führt und die Gefahren einer Bromvergiftung steigert. Wenn wir dafür sorgen, daß ein Epileptiker mit seiner Nahrung nicht mehr als etwa 8 g Kochsalz einnimmt, dabei aber aufs sorgfältigste vermeiden, daß im Salzgehalt Schwankungen eintreten, erreichen wir



mehr als mit zeitweiliger salzloser Kost und werden noch immer mit verhältnismäßig geringen Brommengen auskommen. Für den Erwachsenen reichen dann 3 bis 4 g NaBr oder KBr vollständig. Daß der Salzgehalt der Nahrung für die Heilwirkung unserer Bromverordnung die allergrößte Bedeutung hat, konnte ich schon 1906 zeigen. Die Bromwirkung auf die epileptischen Erscheinungen tritt bekanntlich erst dann deutlich ein, wenn etwa der dritte Teil des Cl im Blut durch äquivalente Brommengen ersetzt wird. Der Zeitraum, in dem dies geschieht, ist nun bei der salzarmen Kost der kürzeste (etwa 3 bis 5 Tage). In seinem Salzhunger reißt der Organismus eben die anderen Halogene, also hier Brom, schnell an sich, um sie statt des mangelnden Cl zu verwenden. Bei einer Kost mit mäßigem, aber gleichbleibendem Salzgehalt (etwa 8 g) macht sich die Bromwirkung auf die Anfälle etwa in 8 Tagen bemerkbar. Regelt man aber den Salzgehalt nicht und überläßt ihn zufälligen Schwankungen, so läßt selbst bei hohen Dosen die Bromwirkung recht lange (mitunter 3 bis 4 Wochen) auf sich warten. Wie die pharmokodynamische Wirkung des Brom zustande kommt, ist im einzelnen noch nicht mit Sicherheit erforscht, soviel ist klar: die Wirkung auf die Anfälle kommt nicht etwa durch Cl-Mangel, sondern nur durch die Bromionen zustande, welche vermöge ihrer physikal-chemischen Eigenart dem Auslösen der Anfälle größeren Widerstand entgegensetzen können. Vom rein physikalisch-chemischen Standpunkt aus erscheint auch die vermehrte Wirkung der salzarmen Kost durchaus begreiflich, da, je verdünnter eine Lösung ist, die Ionisierung eine stärkere wird, und doch gerade die Ionen die Träger der pharmokodynamischen Wirkung sind; man braucht also, wenn man die größere Wirkung des Brom bei salzarmer Kost erklären will, durchaus nicht auf homöopathische Hypothesen zurückzugreifen. Von praktischer Bedeutung für die Untersuchung des Chemismus von Epileptikern ist die Tatsache, daß auch im Magensaft, der doch aus diesem oder jenem Grunde bei Epileptikern zweckmäßig öfter untersucht wird, zwischen Cl und Br sich dasselbe Verhältnis einstellt wie im Blut, man kann sich deshalb, wenn man einen Magensaft quantitativ untersucht, die Blutentnahme sparen [1]).

Bei der Menge, in der gerade Brompräparate auf den Markt gebracht und angepriesen werden, fällt es dem Fernerstehenden, der wenig Gelegen-

[1]) Näheres *Hoppe*, Neurol. Zentralbl. 1906, Nr. 21.



heit hat, sich ein eigenes Urteil zu bilden, oft schwer, aus der Fülle das passende Präparat auszusuchen. Sieht man von besonders gearteten Fällen ab, in denen Kranke aus diesem oder jenem Grunde, z. B. wegen geschwächter Nieren- oder Herzfunktion, gegen Bromsalze intolerant sind, wird man im allgemeinen mit den alten bewährten Präparaten, dem Bromkalium oder Bromnatrium, gut auskommen. Vor allem muß man, wenn von dieser Verordnung Erfolg erwartet wird, darauf sehen, daß der Salzgehalt ein gleichmäßiger bleibt, wie vorhin ausgeführt wurde. Das Bestreben, die — sich freilich besonders oft nur bei ungeregelter Salzzufuhr und zu hoch gegriffener Dosierung einstellenden — Intoxikationserscheinungen zu vermeiden, hat eine Anzahl Brompräparate gezeitigt, von denen einige für bestimmte Zwecke sicher Vorteile gewähren. Da die Wirkung des Broms hauptsächlich für das Nervensystem gewünscht ist, ist der Gedanke sehr verlockend, das Brom in einer organischen Bindung einzuverleiben, in der es hauptsächlich dem Nervensystem nahegebracht und hauptsächlich an dieses gebunden wird. Dieser Absicht entgegen wirkt jedoch der lebhafte Chemismus im Magen und Darm, durch den das Präparat oft derart abgebaut und verändert wird, daß wir nicht wissen, in welcher Form es resorbiert wird und an das Nervensystem gelangt. — Ähnlich wie bei der Narkose erhoffte man besondere Wirkungen, wenn man das Brom in Form von Lipoidverordnungen verabreicht, man dachte und hoffte, auf diese Weise mit weniger Brom auszukommen und außerdem andere Organe, wie Leber, Nieren und Blut, weniger zu belasten, wenn das Brom mit seiner Verbindung hauptsächlich an das Nervensystem heranträte. Das in dieser Beziehung aussichtsreichste Präparat ist unzweifelhaft das von Prof. *Ellinger* eingeführte Zebromal (Dibromzimtsäureäthylester). Eingehende Versuche von *Joedicke* und *Mangelsdorf* sowie auch Untersuchungen in der hiesigen Anstalt haben unzweifelhaft ergeben, daß dem Zebromal in einigen Fällen eine starke Bromwirkung eigen ist, diese Wirkung ist jedoch nicht immer zu erwarten und daher auch eine unzuverlässige. Durch den Darm werden dabei oft recht beträchtliche Mengen, weit größere als bei der gewöhnlichen Bromordination, ausgeschieden, mitunter 75%, wobei es zweifelhaft erscheint, ob es sich hierbei nur um nicht resorbiertes oder teilweise auch schon um wiederausgeschiedenes Brom handelt. Jedenfalls zeigt die zeitweise auffallend starke Ausscheidung durch den Darm an, daß man nicht mit Sicherheit auf Resorption und somit auch auf Wirkung des Präparates rechnen kann. In einzelnen Fällen erschien vor allem die erstrebte neurotropische Wirkung schon nach kurzer Verabfolgung eingetreten zu sein, da ziemlich schweres Benommensein und Schläfrigkeit sowie Herabsetzung der Reflexe eintraten, während andere Intoxikationserscheinungen, z. B. von der Haut, fehlten und gleichzeitig die Brommengen im Urin, Kot und im Blut noch verhältnismäßig geringe waren. Wenn somit Zebromal vorläufig in praktischer Beziehung wenige Bedeutung hat, so erregt es doch theoretisch



größtes Interesse und macht Fortsetzung dieser Versuche sehr erwünscht. Die beiden anderen Hauptvertreter der fettähnlichen Brompräparate sind das Bromipin und Sabromin. Besonders das letztere wurde vielfach gerühmt und die angeblich geringen toxischen Eigenschaften sehr hervorgehoben. Daß Sabromin für den Geschmack indifferent und zunächst sehr wenig toxisch wirkt, ist auch völlig zutreffend. Verfolgt man jedoch das Schicksal dieses Präparats im Körper näher, so stellt sich heraus, daß es auch weit weniger wie die Bromsalze (und auch Zebromal) im Blute kreist, dagegen ähnlich wie das Bromipin sehr viel mehr im Fettgewebe abgelagert wird und dadurch verhältnismäßig wenig zur Wirkung kommt und zunächst auch keine Intoxikationserscheinungen hervorrufen kann. Die Wirkung ist somit eine recht unsichere und unzuverlässige. Was sollen wir schließlich auch mit einem Präparat, dessen Wirkung wir im Nervensystem oder im Blut wünschen, das sich aber hauptsächlich in der Leber und im Bauchspeck ablagert [1]).

Unzuverlässig und unberechenbar in der Wirkung sind auch die Bromeiweißpräparate (Bromeigone, Bromokoll, Bromglidine), die einen verhältnismäßig recht geringen Bromgehalt besitzen, daher in großen Mengen verordnet werden müssen und im Darm zudem derart verändert werden, daß es ganz unsicher ist, in welcher Form sie resorbiert werden; vielleicht ist ihre Anwendung in der Rekonvaleszenz nach fieberhaften Erkrankungen sehr angebracht, doch stehen über diese Frage eingehende Versuche noch aus. Andere in neuerer Zeit häufig, zum Teil mit großer Reklame, eingeführte Brompräparate, wie besonders Episan, Spasmosan, Sedobrol usw., sind durchaus keine neuen Verbindungen mit neuen Vorzügen, sondern nur Mischungen des Brom mit anderen, zum Teil indifferenten Stoffen und Geschmackskorrigentien (Valeriansäure, Zinkoxyd, Maggi usw.).

Der Gedanke, bei drohender Bromintoxikation und bei mangelhafter Ausscheidung des Brom ein Mittel verabfolgen zu können, welches das für den Kranken unbedingt erforderliche Verhältnis von Cl zu Br konstant erhält, aber andererseits die sich durch die mangelnde Ausscheidung anhäufenden und zur Intoxikation führenden Brommengen durch Anregung der Ausscheidungs- und Herztätigkeit wieder herausschafft, ließen uns für diese Zwecke eine Kalziumharnstoffverbindung mit Brom herstellen, das Ureabromin. Es ist also hauptsächlich für Epileptiker bestimmt, die zur Bromintoxikation

[1]) *Ellinger* und *Kotake*, Die Verteilung des Broms im Organismus nach Darreichung anorganischer und organischer Brompräparate. Archiv f. experim. Path. u. Pharm. Bd. 65.

[2]) *Gutknecht*, Über das Verhalten von organischen und anorganischen Brompräparaten im Tierkörper. Ztschr. f. klin. Med. Bd. 78, H. 1/2.



neigen oder deren Ausscheidungsfähigkeit und Herztätigkeit darniederliegt [1]). Die Kalziumbeimengung, die schon an sich, wie von Prof. *Frey* nachgewiesen ist, die unangenehmen Nebenwirkungen von Brom und Jod vermeidet, läßt es besonders auch für die Fälle geeignet erscheinen, in denen eine gesteigerte Erregbarkeit des Muskel- und Nervensystems vorhanden ist, wie besonders bei den spasmophilen Zuständen und den vielen rachitischen Epileptikern.

In engem chemischen Zusammenhang mit Ureabromin steht das Calmonal, eine Bromkalziumurethan-Verbindung [2]). Beide Verbindungen haben vermöge ihrer Harnstoffkomponente die Eigenschaft, sehr schnell, noch schneller wie die gewöhnlichen Bromsalze, wieder ausgeschieden zu werden, führen also weniger leicht zu Intoxikationen und können demnach unbedenklich längere Zeit verabfolgt werden. Die Verbindung des Brom im Kalmonal mit dem unschädlichsten der Schlafmittel, dem Urethan, machen dies Präparat sehr verwendbar für die sogenannte Epilepsia nocturna sowie für alle nervösen Störungen des Schlafes überhaupt. Es gelang in der Tat, durch Kalmonal Epileptiker, die an ausgesprochener nächtlicher Epilepsie leiden, anfallfrei zu erhalten und dadurch vielen Mißständen vorzubeugen. Für Epileptiker sind hierfür Mengen von 2 bis 3 g vor dem Schlafengehen notwendig, bei jugendlichen Kranken sowie bei Zuständen nervöser Schlaflosigkeit genügen 1 bis 2 g. Die Harmlosigkeit dieser Verbindung erhellt daraus, daß es infolge der schnellen Ausscheidung monatelang fortgesetzt ohne Schaden gegeben werden kann. Hervorzuheben und recht angenehm ist noch die sedative Wirkung bei Kranken, die infolge von irgendwelchen Reizzuständen der Blase an nächtlichem Bettnässen leiden, ohne daß eine larvierte, nächtliche Epilepsie vorliegt.

Eine ähnlich günstige Wirkung auf die nächtliche Epilepsie wie überhaupt auf nächtliche Verwirrungszustände der Epileptiker war theoretisch auch von der Bromverbindung des im allgemeinen vorzüglichen Schlafmittels Veronal zu erwarten. In der Tat wird auch Diogenal in Mengen von zweimal täglich 1 g gegen Epilepsie empfohlen. Diogenal ist ein Abkömmling des Veronals, nämlich Dibrompropyldiäthylbarbitursäure, es enthält genügend Brom (42%), geht durch den Magen unverändert ab und kommt erst im alkalischen Darmsaft zur Lösung und Auf-

[1]) Dosierung: Für Erwachsene etwa 6 g, für Kinder 3 bis 4 g täglich.

[2]) Vgl. *Bufe*, Über Calmonal; *Seegers*, Über das Verhalten von Calmonal im menschlichen Körper.



nahme. Das Brom im Diogenal verhält sich nun ganz verschieden von den des Calmonals. Während das Brom aus Calciumbromurethan verhältnismäßig sehr schnell wieder ausgeschieden wird, bleibt Brom vom Diogenal im Körper zurück und sammelt sich im Organismus an. Seine Wirkung ist darum auch nachhaltiger, somit aber auch leichter toxisch. Die hier angestellten praktischen Versuche bestätigen im allgemeinen den günstigen Verlauf des Diogenal auf Krampfanfälle und nächtliche Epilepsie nicht, wohl aber wirkt es bisweilen bei motorischer Unruhe und Schlaflosigkeit günstig ein. Mengen über 2 g wurden nicht verabfolgt, weil bei diesen Dosen sich bisweilen schon Benommenheit und Stumpfheit anfingen, bemerkbar zu machen.

Ebenfalls in engem Zusammenhang mit Veronal steht das jetzt so vielfach

bei Epilepsie empfohlene Luminal.

Luminal ist in chemischer Beziehung fast genau so gebaut wie Veronal, nur daß eine Äthylgruppe durch eine Phenylgruppe ersetzt ist. Dadurch, daß eine ungleichartige Gruppe ins Veronal für Äthyl eingetreten ist, wurde die Wirkung in ganz auffallender Weise geändert und verstärkt. Luminal ist sicherlich eine wertvolle Bereicherung des Arzneischatzes und eines der kräftigsten Schlafmittel, da man selbst bei starker Unruhe, Verwirrungszuständen und Schlaflosigkeit mit 0,4 bis 0,5 g Luminal fast sicher Ruhe und Schlaf erzielt. Während der Einfluß des ihm sehr ähnlichen Veronals auf die epileptischen Anfälle ein sehr geringer ist, wirkt Luminal auf eine Art der Anfälle in recht auffallender Weise ein, und zwar auf die Schwindelanfälle und sogenannten petits mals, während jedoch die schweren epileptischen Krampfanfälle mit ausgesprochenen Muskelzuckungen nur wenig beeinflußt werden. Es gelingt, mit Luminal in Gaben von zwei- bis dreimal täglich 0,05 bis 0,1 g diese leichten Schwindelattacken, auf welche man durch Brom oft sehr wenig einwirken kann, meist zum Aufhören zu bringen, leider jedoch nicht auf die Dauer, denn nach einem halben oder dreiviertel Jahr läßt die Wirkung nach, wenn man nicht zu größeren Gaben greifen will. Eine höhere Dosierung hat aber große Bedenken, weil bei dauernder Verabreichung von Luminal, wie sie bei Epileptikern ja notwendig ist, vermutlich durch die Phenylgruppe leicht eine Nierenreizung zustande kommen kann; es ist also unbedingt geboten, während einer Luminalbehandlung den Urin ständig zu untersuchen. Ähnlich wie Veronal läßt sich auch

Luminal durch die Verknüpfung mit Natrium wasserlöslich machen, was für die praktische Verwendbarkeit große Vorteile bietet. Gelingt es nicht, einem unruhigen, aufgeregten Kranken Luminal per os beizubringen, so steht durch die Löslichkeit des Luminalnatriums der Weg per anum oder auch die subkutane Anwendung zur Verfügung. 0,3, 0,4 bis 0,6 g Luminal im Einlauf führen oft sogar noch schneller als bei der Darreichung per os zur Beruhigung und Schlaf. Ebenso läßt sich Luminalnatrium sehr gut in Mengen von 0,4 bis 0,6 g zur Bekämpfung des gefährlichen Status epilepticus verwenden, der nach diesem Einlauf meist sehr bald zum Stillstand kommt. Ähnlich wie Luminal wirken auf die Schwindelanfälle und petits mals bekanntlich auch Amylenhydrat, Dormiol u. a. Mittel dieser Reihe. Zur Bekämpfung des eben genannten Status epilepticus steht in praktischer Beziehung noch immer das Amylenhydrat in erster Reihe, da 2 bis 3 g Amylen fast stets sicher wirken. Ist die Amylenwirkung eine unsichere, dann versagt auch meist Luminalnatrium im Einlauf, und man muß zur Chloroform-Sauerstoffnarkose greifen, wenn man nicht vorher einen Versuch mit intravenöser Injektion von etwa 6 g Ureabromin in alkalischer — ungefähr dem Alkaleszenzgrad des Blutes entsprechender — Lösung machen will, was jedoch wiederum Übung und Vorbereitungen beansprucht und wohl nur für Kliniken und Krankenhäuser in Betracht kommt.

Es gibt für die Behandlung der Epilepsie noch eine Menge anderer Mittel, die vielfach empfohlen werden, und auf die hier bisher nicht eingegangen ist, wie Borax, Zinkoxyd, Baldrianpräparate usw. Alle diese Mittel können in besonders gearteten Fällen wohl zeitweise einigen Nutzen bringen, kommen aber für die allgemeine Behandlung nicht in Betracht, es soll daher auch in diesem immerhin kurzen Abriß nicht näher auf sie eingegangen werden; wünschenswert erscheint, daß der Einfluß von Atropin und Belladonnapräparaten auf die epileptischen Erscheinungen näher untersucht wird, da durch diese Mittel günstige Beeinflussung der Epileptiker mit häufigen vasomotorischen Störungen sehr leicht möglich ist.

Von einem völlig andern Standpunkt als bisher versuchten in allerneuster Zeit *Spangler*, *Fackenheim* u. a., auf die Epilepsie einzuwirken. Man nahm an, daß die epileptischen Anfälle durch Gerinnungsvorgänge im Blute zustande kämen und glaubte durch Versuche fest-

gestellt zu haben, daß das Blut der Epileptiker sich durch größere Gerinnungsfähigkeit auszeichne. Da das Gift der Klapperschlange,

Crotalin,

eiweißartige Stoffe enthält, welche eine hämolytische Wirkung besitzen, vermutete man in diesem ein Heilmittel für Epileptiker, die damit erzielten Resultate sollten überaus günstig sein. Die hier wie auch anderswo mit größter Vorsicht angestellten Nachprüfungsversuche konnten jedoch keinen Einfluß des Crotalin auf die epileptischen Erscheinungen feststellen, auch ließen sich bisher bei dieser Behandlung im Blute keine erkennbaren Veränderungen nachweisen. Es werden daher noch weitere Untersuchungen und Versuche abgewartet werden müssen, ob sich diese Annahme überhaupt zur Behandlung von epileptischen Kranken verwerten läßt.

Schon vorher bei der Besprechung der Tuberkulose ist der Einfluß, den Fieber und Infektionskrankheiten auf die epileptischen Erscheinungen ausüben, kurz gestreift worden. Sehr häufig wird durch eine andere, plötzlich dazwischenkommende akute Krankheit das Bild der Epilepsie (wie auch vieler Psychosen) ein völlig anderes. Oft tritt eine sichtliche Verschlimmerung, häufiger wohl aber eine auffallende Besserung ein. Auf Grund dieser Erfahrung hatte man bekanntlich früher den Vorschlag gemacht, Paralytikern Erysipel einzuimpfen. Wie diese Wirkung zustande kommt, ist noch völlig unklar, möglich ist, daß ein schweres Fieber den Körper derart schwächt, daß er nicht mehr imstande ist, auf die gegebenen Reize wie sonst durch epileptische Anfälle zu reagieren, und diese Anfälle sich erst dann wieder einstellen, wenn der Körper in der Rekonvaleszenz gekräftigt ist; möglich aber ist auch, in sehr vielen Fällen auch sogar wahrscheinlich, daß durch die ganz anderen Stoffwechselvorgänge, wie sie ein heftiges Infektionsfieber mit sich bringt, alte Herde im Nervensystem wieder berührt, entzündet und hernach möglicherweise resorbiert werden. Die Natur stellt dann gleichsam experimentelle Heilversuche an, die wir noch nicht nachahmen können, da uns die Kenntnis des ursächlichen Zusammenhangs fehlt und wir nur die Wirkungen sehen. Sehr wichtig für Epileptiker, die mit Brom behandelt sind, ist der Eintritt einer Pneumonie. Diese Krankheit hat in einer Beziehung mehr wie andere Infektionskrankheiten eine eigentümliche Stoffwechselstörung im



Gefolge. Sofort, zugleich mit dem plötzlichen Einsetzen der Lungenentzündung, geht die Salzausscheidung auf ein Minimum zurück, sei es, daß durch ein Gift der Pneumonie die Tätigkeit der Nieren versagt, sei es, daß das Salz vielleicht anderswo im Körper angesammelt wird. Die Ausscheidung tritt sofort und meist in verstärktem Grade wieder ein, wenn die Pneumonie zur Lösung kommt. Gibt man also während der Pneumonie Bromsalze in der gewöhnlichen Menge weiter, so kann es sehr leicht vorkommen, daß nun auf einmal 40 bis 50 g Bromsalze zurückbehalten werden, und diese Menge genügt dann vollkommen, um die Epilepsie und — — — das Leben auf immer zum Stillstand zu bringen. Auffallend oft sind Epileptiker einer Lungenentzündung erlegen! Bei Eintritt einer kruppösen Pneumonie gilt also als Grundregel, sofort bei Eintritt der Krankheit die Bromordination auf ein Minimum zu beschränken, hernach aber in der Rekonvaleszenz mit kräftigen Dosen einzugreifen. Bei andern Infektionskrankheiten — Erysipel, Angina, Gelenkrheumatismus usw. — ist der Salzstoffwechsel nicht in derselben auffallenden Art verändert, jedoch wohl stets etwas herabgesetzt; man wird daher auch im allgemeinen gut tun, die Brommengen, wie überhaupt auch andere Antiepileptika, nach Möglichkeit im fieberhaften Stadium einzuschränken. In der Rekonvaleszenz wird häufig Eiweiß neu angesetzt, hier scheint nun unter Umständen die Möglichkeit gegeben, mit Hilfe von Eiweißpräparaten das gewünschte Mittel an Organe heranzubringen; Versuche, gerade hier Bromeiweißpräparate oder auch fettähnliche (lipoide) Bromverbindungen anzuwenden, sind darum voll gerechtfertigt. Wieweit es möglich sein wird, durch künstliche Sera (z. B. Streptokokken, Tuberkulosesera) die von der Natur durch akute Infektionskrankheiten angestellten Heilversuche zielbewußt nachzuahmen, bleibt abzuwarten. Vor allem müssen die anatomischen und Stoffwechselvorgänge, die eine Infektionskrankheit bei Epilepsie und Psychosen mit sich bringt, genau erforscht und festgestellt werden, ehe wir daran denken können, Heilsera zum Wohle der Kranken zielbewußt anwenden zu können; eine Fülle Arbeit, die zwar Fleiß und vor allem Geduld erfordert, aber wohl der Mühe lohnt!



Zur Chirurgie der Hirntumoren im Bereiche des Parietallappens.

Von Prof. Dr. W. Wendel[1]).

Ein glücklicher Zufall hat mir Gelegenheit gegeben, in verhältnismäßig kurzer Zeit dreimal einen erfolgreichen operativen Eingriff bei Großhirntumoren auszuführen, welche ausschließlich oder vorwiegend im Parietallappen entwickelt waren. Ihre zusammenhängende Darstellung wird schon durch das Interesse gerechtfertigt, welches dem Neurologen und dem Chirurgen eine Hirnprovinz aufnötigt, die noch zu *v. Bergmanns* Zeiten als „stumm" und deshalb nicht als Gebiet chirurgischer Intervention galt. Daß diese „stummen" Gebiete so vernehmlich „sprechen" gelernt haben, ist ein Erfolg des Zusammenarbeitens von Neurologie und Chirurgie. So sei dieser bescheidene chirurgische Beitrag zur Festschrift für *Alt* zugleich eine Huldigung für die auch von ihm vertretene Wissenschaft der Neurologie.

Für die topische Diagnose kommt beim Scheitellappen in Frage in erster Linie seine Nachbarschaft zur Zentralregion, dem Schläfen- und Hinterhauptslappen, welche zum Teil sehr wichtige Nachbarschaftssymptome zu liefern vermögen, in zweiter Linie die Symptome, welche an sich dem Parietalhirn zukommen. In dieser Beziehung ist von Bedeutung, daß sich der Parietallappen an der zentralen Innervation der anderen Körperseite beteiligt, und zwar besonders die Berührungs- und Schmerzempfindung vermittelt. Störungen der Tiefensensibilität, des Lagegefühls, Tastlähmung, Astereognose, Ataxie sind die in Betracht kommenden Symptome. Für den linken Gyrus angularis kommen dann Ataxie, Agraphie, Hemianopsie in Betracht. Ferner hat sich die von *H. Liepmann* begründete Lehre der apraktischen

[1]) Aus der chirurgischen Abteilung der Städtischen Krankenanstalt Magdeburg-Sudenburg (Oberarzt Prof. Dr. *W. Wendel*).



schen Störungen auch in unseren Fällen als fruchtbar erwiesen. Jedenfalls ist die neurologische Lokaldiagnose in den drei Fällen mit solcher Präzision gestellt worden, daß die Operation möglich wurde und nur unbedeutende Korrekturen bei der Operation gemacht zu werden brauchten. Inwieweit eine Ergänzung der neurologischen Lokaldiagnose nötig wurde und besonders auch die Rolle, welche dabei die Hirnpunktion spielte, soll später näher beleuchtet werden. Ich lasse jetzt zunächst die Krankengeschichten folgen:

Fall 1. S., Albert, 29 Jahre alt, Marine-Zahlmeisteraspirant.
Diagnose: Tumor cerebri, Endotheliom der Falx cerebri major.
Operation: Exstirpation nach Trepanation.
Aufnahme am 19. 8. 1909.
Abgang am 19. 10. 1909 als geheilt.

Anamnese: Pat. machte vor 2 Jahren in Kiel eine Operation hinter dem Ohre durch, anscheinend nur eine Weichteileiterung, da ein Knochendefekt nicht vorhanden ist.

Am 29. 9. v. J. wurde er in der Krankenanstalt Sudenburg wegen schwerer Epityphlitis mit freier eitriger Peritonitis operiert. Schon damals fiel während des Krankenlagers auf, daß das rechte Bein nicht erhoben werden konnte und besonders im Hüftgelenk Schmerzen und eine spastische Kontraktur vorhanden war. Damals wurde angenommen, daß eine Beteiligung des rechten Psoas durch die schwere Entzündung die Ursache sei, zumal da nach dem Aufstehen die Beschwerden bald schwanden. In der Folgezeit sollen nun seit Juni d. J. gewisse Beschwerden im rechten Fuße aufgetreten sein, so daß Pat. nicht mehr wie früher weite Spaziergänge unternehmen konnte; seit dieser Zeit sollen auch Kopfschmerzen vorhanden gewesen sein.

Die Untersuchung gelegentlich einer Konsultation ergab eine spastische Kontraktur des rechten Fußgelenks in Plantarflexion, also eine spastische Peronäuslähmung, welche beim Gehen durch die Schwere etwas ausgeglichen wurde. Wegen Verdachtes auf Zerebralursprung wurde ein Neurologe [1]) konsultiert; dieser stellte eine verwaschene Papille im Augenhintergrunde beiderseits fest und den zweifellos zerebralen Ursprung der spastischen Kontraktur des rechten Fußes. Außer dieser ließ sich eine ganz geringe Parese und Ataxie des rechten Beines und des rechten Armes feststellen und mit dem Dynamometer eine Abnahme der groben Kraft und eine schnelle Ermüdung an der rechten Hand nachweisen. An den Augen verschlechterte sich der Zustand schnell, und es entwickelte sich ein ausgesprochener Grad von Stauungspapille. Hiernach ließ sich mit Sicherheit eine herdförmige Erkrankung mit Beteiligung der linken

[1]) Die neurologische Untersuchung dieses und der folgenden Fälle hat stets Herr Sanitätsrat Dr. *Völsch* vorgenommen.



psychomotorischen Region annehmen. Der Pat., der sich zunächst über die Schwere der Erkrankung täuschte, wurde durch einen Anfall von heftigem Kopfschmerz und Erbrechen veranlaßt, das Krankenhaus aufzusuchen. Hier bestätigte die wiederholte Untersuchung den früheren Befund.

Temperatur stets normal, kein Druckpuls; Fazialisgebiet vollkommen frei, Kopfschmerz wechselnd, meist linkseitig, aber sonst ohne strengere Lokalisation. Die Muskel- und Sehnenreflexe sind lebhaft gesteigert, Patellarklonus, Fußklonus, positiver Babinski; Sensibilität ganz intakt; grobe Kraft des rechten Beines, geschätzt nach dem Widerstande bei aktiven und passiven Bewegungen, zweifellos geringer als links. Die Fußkontraktur ist nicht so energisch, daß sie manuell nicht überwunden werden kann.

26. 8. 09. Hirnpunktion. Zur Sicherung der Diagnose wurde am 26. 8. die Hirnpunktion nach *Neisser* vorgenommen. Bestimmung der linken vorderen Zentralwindung nach *Kocher*, sodann wurden streng nach *Neisser*scher Vorschrift mit feinem elektrischen Bohrer im ganzen fünf Bohrlöcher angelegt. Allen gemeinsam war die große Leichtigkeit der Ausführung und die genaue Fühlbarkeit des Widerstandes der verschiedenen Schädelschichten. Anästhesie wurde mit ½% Novokainlösung erreicht in durchaus zufriedenstellender Weise. Von den Bohrlöchern wurden zwei in die vordere Zentralfurche gelegt, das dritte in die erste Stirnwindung; durch die Bohrlöcher Punktion bis 5 cm Tiefe. Diese drei Punkte ergaben nur etwas Blut, die vierte und fünfte Punktion wurde dann in der hinteren Zentralwindung vorgenommen und hier beide Male Geschwulstgewebe aspiriert. Die Untersuchung desselben durch Professor *Ricker* ergab mit Sicherheit eine Neubildung, mit größter Wahrscheinlichkeit ein Endotheliom der harten Hirnhaut. Infolgedessen wurde dem Pat. die Entfernung der Hirngeschwulst empfohlen.

31. 8. 09 Operation (Prof. *Wendel*). Blutleere mit Gummibinde um Stirn und Hinterhaupt. Umschneidung eines länglichrunden Lappens mit unterer Basis im größten Durchmesser 5 cm, dessen Zentrum die Punktion in der hinteren Zentralwindung bildet. Eröffnung des Schädels mit der *Gigli*schen Drahtsäge nach Anlegung von vier Bohrlöchern mit *Doyen*scher Fräse. Dura stark gespannt, nur ganz unmerklich pulsierend. Nach Eröffnung derselben parallel der Trepanationsöffnung, aber mit umgekehrter Basis, findet man die Gehirnoberfläche nicht, wie erwartet, von der Geschwulst bedeckt, doch ergibt die Palpation und die fast völlig fehlende Pulsation, daß im Innern eine Geschwulst liegen muß. Daher wird in der Längsrichtung der Gehirnwindung, entsprechend der deutlich erkennbaren Punktionsstelle, ein Einschnitt gemacht bis 2 cm Tiefe. Nach völliger Durchtrennung der Rindensubstanz findet man in der weißen Hirnsubstanz einen kleinen, kugelschalenförmigen Bluterguß, offenbar von der Punktion stammend, und unter ihm einen großen Hirntumor; er läßt sich mit dem Finger, trotzdem er ziemlich weiche Konsistenz hat,



ziemlich gut ausschälen, und dabei wird festgestellt, daß er mit der Falx der Dura fest verbunden ist. Er ist also von dem Spalt zwischen beiden Hirnhalbkugeln aus in die linke Großhirnhälfte hineingewachsen. Seine Entwicklung erfordert noch einen auf den ersten in senkrechter Richtung aufgesetzten Schnitt, welcher die nach der Sagittallinie hin dünner werdende Hirndecke des Tumors durchtrennt. Von dem vorderen medialen Bohrloch aus wird in der Richtung dieses Schnittes, also nach vorn und medial hin, ein etwa 2 cm langes und 1½ cm breites Schädelstück mit der *Luer*schen Zange fortgenommen, da die erste Trepanationsöffnung etwas zu weit und lateral von dem Tumor gelegen ist. Jetzt gelingt die Entwicklung leicht, die Verbindung mit der Dura läßt sich ebenfalls stumpf lösen. Die Blutung nach der Entwicklung der Geschwulst hält sich in mäßigen Grenzen und wird durch einen in die Höhlung eingeführten Tampon beherrscht. Trotz des großen Defektes, der zunächst ein Einsinken der benachbarten Gehirnteile verursacht, entwickelt sich offenbar durch ödematöse Schwellung sehr schnell ein Hirnprolaps, der die Naht der Durawunde sehr erschwert. Ein zurückbleibender Defekt wird durch einen zwischen Schädel und Dura geschobenen flächenhaften Tampon bedeckt. Nach genauer Einpassung des Knochenlappens steht die Blutung so gut wie völlig. Die beiden Tampons werden durch die oben erwähnte, mit der *Luer*schen Zange hergestellte quere Lücke nach außen geleitet. Naht der Haut und der Galea durch eine tiefgreifende, fortlaufende Seidennaht zwecks Blutstillung. Druckverband, welcher auch nach Abnahme der umschnürenden Gummibinde nicht durchblutet wird. Der Tumor hat ein Gewicht von 77 g und eine Größe von 7½ : 5½ : 4½ cm. Er hat das Aussehen der Gehirnrinde sowohl durch die Färbung als auch durch eine den Hirnwindungen ähnliche Oberflächenzeichnung, nur sind die Windungen schmäler. Die Konsistenz ist von der des Hirns kaum verschieden, er wird deshalb zunächst gehärtet.

Der Pat. erwacht ziemlich bald nach der Operation zum Bewußtsein, doch ist seine Stimmung zunächst sehr deprimiert, und er ist mehrere Tage auffallend schlafsüchtig. Der rechte Arm und das rechte Bein sind völlig gelähmt. Geringe aktive Bewegungen stellen sich am 4. Tage zuerst im rechten Bein ein und werden von da ab täglich etwas besser. Die Tampons werden nach 6 Tagen entfernt und gleichzeitig die Nähte, da primäre Heilung der Nahtlinie eingetreten ist. Der abgenommene Verband ist ganz trocken und sehr wenig durchblutet. Nach Entfernung der Tampons sickert nur sehr wenig frisches Blut nach. In die schon stark verkleinerte Höhle wird ein feines Gummidrain eingelegt.

9. 9. Die ersten feinen Bewegungen am rechten Daumen bemerkbar.

19. 9. Bewegungen bessern sich ständig. Wunde gut, sezerniert sehr wenig. Knochenlappen federt noch stark. Gutes Allgemeinbefinden. Pat. steht auf.

22. 9. Abnahme der Stauungspapille. Rechter Arm in allen Gelenken



bewegbar, doch ist überall die Streckung nicht so kräftig und ausgiebig als die Beugung.

19. 10. Geheilt entlassen. Knochenlappen fest. Rechter Arm fast normal. Rechtes Bein noch ataktisch, kontrakt. Pat. geht im Zimmer, indem er sich an Möbeln etwas hält, im Freien läßt er sich etwas stützen. Sonst keine Beschwerden, vor allem kein Kopfschmerz.

Pathologisch-anatomische Untersuchung des ausgeschälten Tumors: Apfelgroße dünngestielte wulstige Geschwulst von derber Konsistenz (nach erfolgter Härtung).

Mikroskopisch: Sehr zellreicher Tumor, bestehend aus vielgestaltigen, meist langgestreckten, großkernigen Zellen. Vielfach sind die Elemente konzentrisch geschichtet und weisen wenig hyaline Zwischensubstanz auf. — Hyaline Beschaffenheit der Gefäßwände. An der bindegewebigen Geschwulstkapsel haften minimale Reste von weicher Hirnhaut und Hirnrinde.

Diagnose: Duraendotheliom mit Zellanordnung des Psammoms.

Späterer Verlauf. In der Folgezeit allmähliche, ständige Besserung. Nur im Sommer 1911 ein epileptiformer Anfall nach Überanstrengung.

Letzte Nachuntersuchung Januar 1914: Keine Wiederholung des Anfalls in den letzten Jahren. Keine wesentlichen Beschwerden. Es besteht nur noch eine Schwäche im rechten Peronäusgebiet. S. ist in seinem Beruf als Marinezahlmeister nach wie vor dienstfähig.

Letzte Nachricht vom 23. 5. 14 meldet ungestörtes Wohlbefinden.

Epikrise. Der neurologische Befund in diesem Falle ergab eine rechtsseitige spastische Peronäuslähmung und Störungen in der Beweglichkeit des rechten Hüftgelenks, Erscheinungen, die in ihren Anfängen 10 Monate zurücklagen. Ferner bestanden ganz geringe Parese und Ataxie des rechten Beines und des rechten Armes und dynamometrische Abnahme der groben Kraft und leichte Ermüdung der rechten Hand. Außerdem ließ sich auch eine Abnahme der groben Kraft des rechten Beines feststellen. Von Allgemeinsymptomen fanden sich Kopfschmerz (besonders linkseitig), in seiner Intensität wechselnd, und Erbrechen, ferner bestand eine Stauungspapille, deren stetiges Fortschreiten auf einen progressiven Charakter des Leidens schließen ließ. Der neurologische Befund ließ also mit Sicherheit einen fortschreitenden Prozeß mit Beteiligung der linken psychomotorischen Region annehmen, nämlich der Gegend des Arm- und Beinzentrums der linken Zentralwindungen. Für eine Beteiligung der hinteren Zentralwindung und des linken Scheitellappens sprach besonders die geringe Ataxie in den rechten Extremitäten; gegen eine Beteiligung des linken Scheitellappens sprach das Fehlen jeglicher Sensibilitätsstörungen, das Fehlen von Alexie, Agraphie, Apraxie usw., so daß die vorhandenen geringen ataktischen Störungen auch teilweise als Nachbarschaftssymptome gedeutet werden konnten. Die neurologische Lokaldiagnose sprach

sich demnach für einen Sitz vor oder hinter der l. Zentralregion aus. Sie neigte mehr dem vorderen Sitze der Geschwulst zu. Eine Ergänzung der Diagnose durch die Hirnpunktion erschien daher angezeigt, da nicht nur eine genauere Lokalisation im Interesse einer möglichst geringen operativen Schädigung lag, sondern auch die Entstehung der ersten Symptome im Anschluß an eine schwere eitrige Baucherkrankung einen Abszeß nicht als ausgeschlossen erscheinen ließ. Die *Neisser*sche Hirnpunktion an 5 verschiedenen Stellen ergab in der Gegend der hinteren Zentralwindung Geschwulstmaterial, lokalisierte also den Tumor etwas weiter nach hinten als die neurologische Diagnostik und gab außerdem Aufschluß über die Art des Tumors. Bei der Radikaloperation schließlich wird der Tumor zwar an der Stelle der Punktion, aber erst in ca. 2 cm Tiefe angetroffen. Fassen wir also für diesen Fall unsere Befunde zusammen, so ergibt sich: Die neurologische Untersuchung hat eine ungefähre Lokalisation des Tumors ermöglicht, die *Neisser*sche Hirnpunktion hat diesen Befund in einer für die Operation wertvollen Weise präzisiert und eine ungefähre, aber keine sichere Tiefenlokalisation ermöglicht.

Es handelte sich in diesem Falle um einen gut abgrenzbaren, von der Falx cerebri ausgehenden, subkortikal sitzenden Tumor, der im Grenzgebiet des Scheitellappens und der Zentralwindungen saß und durch seine Größe weithin in beide Gebiete sich erstreckte. Durch seinen subkortikalen Sitz schädigte er besonders im Gebiete der Zentralregion nicht so sehr die Rindenzentren selbst als die zu ihnen ziehenden und von ihnen ausgehenden Bahnen. Dadurch, daß der Tumor nicht infiltrierend und zerstörend in das Hirngewebe hineingewachsen ist, sondern bei seinem Wachstum das Hirngewebe verdrängt hat, erklären sich die verhältnismäßig geringen, auf Druckwirkung und Druckatrophie zurückzuführenden Schädigungen der lokalen Hirnfunktionen. Insbesondere erklären sich so die geringen, vom linken Scheitellappen ausgehenden Störungen, dessen Funktionen sich offenbar den veränderten Druckverhältnissen leichter angepaßt haben.

Fall 2[1]). Z., Hermann, 53 Jahre alt, Arbeiter.

Diagnose: Tumor cerebri lobi parietalis sinistri.

Operation: osteoplastische Trepanation, Inzision, stumpfe Ausschälung.

Aufnahme: am 1. 3. 12, 9 Uhr morgens.

Abgang: am 8. 6. 12 als geheilt.

Anamnese: Mutter an Altersschwäche im Alter von 90 Jahren gestorben. Todesursache des Vaters unbekannt. Sonstige Familienanamnese o. B.

[1]) Der Fall wurde 1912 auf dem Chirurgenkongreß besprochen (Verhdl. d. Deutsch. Ges. f. Chir. 1912, S. 112 ff.). Damals Ausgangspunkt des Tumors nicht sicher bekannt. Jetzt durch vorliegenden, im folgenden angeführten autoptischen Befund definitiv als metastatischer Hirntumor aufgeklärt.



Als Kind hatte Pat. Scharlach, im Alter von 40 Jahren litt er an Rheumatismus.

Seit 7 bis 8 Monaten will Pat. zeitweise Kopfschmerzen, besonders linkseitig, Zucken und Schmerzen in den Gliedern haben, will außerdem viel an Rückenschmerzen, Schwindel und Schlaflosigkeit leiden. Die Sehkraft beider Augen soll zeitweise geschwächt sein. Die Frau des Pat. will bereits im Dezember 1911 rechtseitige Armkrämpfe beobachtet haben. Am 28. 2. gab die Frau an, daß ihr Mann am 11. 12. von der Treppe gestürzt sei, am Tage darauf sollen sich die Krankheitserscheinungen eingestellt haben.

Am 13. 1. 12 wurde Pat. auf die innere Abteilung aufgenommen und daselbst bis zum 29. Februar 1912 behandelt und beobachtet. Am 1. 3. 12 wurde er mit der Diagnose: Hirntumor, Sitz in der Gegend der linken Zentralwindung (?) auf die chirurgische Abteilung zwecks eventueller Operation verlegt. Das Untersuchungsergebnis auf der inneren Abteilung ist auszugweise folgendes:

Etwas unterernährter Mann.

Lungen o. B.; Herz: normale Grenzen, Töne leise, rein. Puls 64, weich. Arterien geschlängelt. Klagen über heftige Schmerzen in der linken Stirnseite, die sich bis nach der linken Scheitelgegend hinziehen sollen. Patellarreflexe lebhaft, besonders rechts entschieden gesteigert. Babinski nicht deutlich dorsal, genau wegen Hyperreflexie der rechten Fußsohle nicht festzustellen. In klareren Momenten leidlich verläßliche Angaben, wobei sich eine erhebliche Störung der Berührungsempfindung nicht feststellen läßt. Spitz und stumpf wird unterschieden. Es werden Zuckungen, die in der rechten Hand auftreten, dann auf den Arm und schließlich auf das Bein übergehen, beobachtet. Es scheinen auch geringe Zuckungen im rechten Fazialis zu bestehen. Lidschluß rechts zuweilen unvollkommen. Auch sonst geringe Fazialisschwäche rechts.

16. 1. Augenuntersuchung: Neuritis optica mit vereinzelten Blutungsresten, besonders links. Augenbewegungen intakt.

23. 1. Für Lues kein Anhaltspunkt: Lumbalpunktion: klares Punktat ohne wesentlich erhöhten Druck. Zelliger Zerfall nicht vermehrt. Ganz vereinzelte Lymphozyten. Wassermann in allen Konzentrationen negativ, Blut nach Wassermann und Stern negativ. — Kein Druckpuls.

3. 2. Nach vorübergehender Besserung seit heute wieder Verschlechterung. Starke Somnolenz.

29. 2. In der letzten Zeit die mehrfach oben beschriebenen Krämpfe.

Augenuntersuchung: Stauungspapille beiderseits, stärker links. Verlegt (nach der chirurgischen Abteilung).

2. 3. Neurologische Untersuchung: Linkseitige Ptosis palpebrae. Linke Pupille weiter als die rechte. Lichtreaktion rechts gering, linke Pupille anscheinend lichtstarr. Kornealreflexe beiderseits prompt. Schädel links in der Gegend der Zentralwindung auf Beklopfen schmerz-

haft, rechts keine Schmerzhaftigkeit. Zunge belegt, zittert beim Herausstrecken. Im rechten Arm deutlicher Spasmus (Ellenbogengelenk), der linke Arm ist auch nicht ganz frei davon. Starker Tremor der rechten Hand. Kraft der Hände rechts stärker als links, nicht besonders herabgesetzt. Armreflexe rechts wie links lebhaft. Bei Bewegungen der Arme besteht deutliche Dyspraxie. Radiusperiostreflex rechts stärker als links. Trizepssehnenreflex beiderseits gleich. An Armen und Brust besteht Hyperästhesie. Patellarreflex rechts lebhafter als links. Kein Fußklonus, Patellarklonus rechts angedeutet. Links deutlicher Babinski, rechts Plantarflexion. Bauchdeckenreflexe beiderseits sehr schwach. Abdomen stark eingezogen, gespannt. In den Beinen erheblicher Widerstand bei passiven Bewegungen, Adduktoren am meisten gespannt. Blasen- und Mastdarmstörung.

3. 3. Pat. hat die Nacht ohne Narkotika verbracht. Bei der Untersuchung besteht anfangs eine ziemlich starke Benommenheit, die die Möglichkeit der Untersuchung in Frage stellt. Ferner besteht starke Kontraktur in beiden Beinen und Armen, rechts etwas mehr als links. Dabei kurze, krampfhafte Zuckungen im rechten Arm (hier beginnend) und rechten Bein. Zittern der rechten Extremitäten. Nach einiger Zeit läßt die Benommenheit nach, die Kontrakturen in den Extremitäten ebenfalls, doch bleibt immer noch ein spastischer Zustand zurück. Es besteht beim Pat. ein ziemliches, wohl auch pathologisches Unlustgefühl, sich untersuchen zu lassen, er ist müde und gähnt des öfteren. Es wird nach längerer Zeit erreicht, daß Pat. Augenbewegungen nach rechts ausführt, doch erscheinen sie etwas gehemmt, auch kann er nach rechts nicht fixieren. Sensibilitätsstörungen sind nicht deutlich nachzuweisen. Das Erkennen von Gegenständen nach dem Gefühl geht gut, wenn auch etwas verlangsamt, vonstatten. In der oberen und unteren Extremität zeigt sich eine deutliche Dyspraxie, keine Ataxie. Es fehlt dem Pat. beim Greifen nach Gegenständen die Tiefenempfindung.

4. 3. Gehör anscheinend links etwas schwächer als rechts. Links ziemlich erhebliche Sehstörung. Pat. vermag heute nach rechts zu fixieren. Finger-Nasenspitzenbewegung auch heute deutlich dyspraktisch, nicht ataktisch. Bewegungen (Stiefelputzen, Winken) werden ziemlich prompt ausgeführt. Linker Mundfazialis wird ein wenig stärker innerviert. Keine Hemianopsie. Angaben über Lagegefühl unzuverlässig. Die Diagnose wird auf einen Tumor in der Tiefe des linken Scheitellappens gestellt.

5. 3. Operation in Narkose (Prof. *Wendel*).

Operationsbericht: Auf dem rasierten Schädel wird die Medianlinie, die Zentralfurche und die *Sylvi*sche Furche aufgezeichnet. Die Trepanationsöffnung wird in Form eines länglichen Vierecks mit nach oben gerichteter Basis angelegt, so daß die vordere schmale Seite von etwa 6 cm Länge hinter der hinteren Zentralwindung verläuft, die untere etwa 10 cm lange Längsseite in ganzer Länge oberhalb der Fossa *Sylvii* bleibt



und die hintere Schmalseite der vorderen an Länge entspricht und ihr parallel läuft. Durchtrennung des Schädels erfolgt von einem einzigen mit der Fräse am hinteren unteren Winkel angelegten Bohrloche aus mittels *Dahlgreen*scher Zange sehr glatt und ohne Schwierigkeiten. Die Weichteilblutung wird durch vorher angelegte *Heidenhain*sche Hinterstichnaht vollständig vermieden. Der Knochenlappen wird nach oben hin aufgebrochen, die Dura pulsiert in der Mitte der Trepanationsöffnung nicht, an den Rändern nur wenig. Sie wird in Form eines × gespalten, dabei werden einige Gefäße umstochen. An der Hirnoberfläche keine Veränderungen sichtbar bis auf die fehlende Pulsation, bei Druck Konsistenz in der Tiefe anfangs vermehrt, da aber das Hirn schnell aus der Trepanationsöffnung herausquillt, verliert sich dies bald wieder; mehrere Punktionen erfolglos, daher wird im vorderen Drittel der Trepanationsöffnung die Hirnrinde in vertikaler Richtung 3 cm lang durchtrennt. Der eingeführte Zeigefinger konstatiert sehr deutlich eine Vermehrung der Konsistenz gegen die Tiefe und kommt beim stumpfen Vordringen in 5½ cm Tiefe auf die rundliche Oberfläche eines gut abgegrenzten harten Tumors, und zwar in der Nähe seines vorderen Poles. Es gelingt leicht, die der Hirnrinde zugekehrte Fläche des Tumors trotz der beträchtlichen Tiefe von der Hirnmasse abzudrängen, doch ist die Lösung seiner unteren Fläche nicht ohne Zerquetschung von Hirnsubstanz möglich, da die Länge des Fingers nicht ausreicht, um ihn hier überall zu erreichen. Trotzdem wird mit Rücksicht auf die Lage im Parietallappen der Tumor entfernt, weil er sich so mühelos ausschälen läßt, daß die dabei erfolgende Hirnquetschung die einzige Komplikation darstellt. Die Entfernung des Tumors gelingt ganz leicht, keine wesentliche Blutung, doch fließt Liquor aus dem offenbar eröffneten Seitenventrikel ab. Der Defekt im Hirn schließt sich durch Nachdrängen der benachbarten Hirnmassen sofort, so daß bei der fehlenden Blutung eine Tamponade oder Drainage nicht nötig ist. Um die Dura exakt nähen zu können, ist es nötig, die sich vordrängenden gequetschten Hirnteile abzutragen, dann gelingt ein exakter Verschluß; durch das etwas erweiterte Bohrloch im hinteren unteren Winkel wird ein dünnes Drain und zwei schmale Tampons, welche extradural liegen, nach außen geleitet, der Knochendeckel zurückgeklappt, durch exakte Naht von Galea und Perikranium sicher fixiert, Hautknopfnähte mit Seide, die Hinterstichnaht bleibt einige Tage liegen.

Pathologisch-anatomische Untersuchung der ausgelösten Hirngeschwulst. Größe: 6 : 4½ : 4 cm. Oberfläche grob gebuckelt, Schnittfläche leicht gefeldert, grau mit zahlreichen käsigen und eiterähnlichen Stellen. Mikroskopisch: Außen stellenweise etwas Gehirngewebe, an das das Geschwulstparenchym unmittelbar anstößt.

Schmales Stroma aus faserreichem Bindegewebe. Parenchym besteht aus großen, zwischensubstanzlosen Zellen mit scharfer Abgrenzung gegen das Stroma. Zahlreiche Mitosen. Parenchymzellen und der ganze Habitus

des Karzinoms erinnern an ein Plattenepithelkarzinom; Horn nicht nachweisbar, dagegen stellenweise ausgesprochener faseriger Bau des Protoplasmas (cf. die Epithelfasern der Epidermis und vieler Plattenepithelkarzinome). Scharf begrenzte, zerfallene Stellen im Zentrum der großen Zellzüge. Stellenweise wiegt das Stroma stark über das Parenchym vor. Metastatischer Charakter nicht zu beweisen, aber denkbar oder wahrscheinlich. Primäre Hirngeschwülste mit Plattenepithel sind nur als Ependymgeschwülste bekannt.

Die Untersuchung der abgetragenen Gehirnmassen, welche beim Verschluß der Dura hervorgequollen sind, ergibt: Hirnsubstanz und weiche Hirnhaut mit (frischen) Blutungen.

5. 3. Noch auf der Bahre hört Pat. plötzlich auf zu atmen. Er wird rasch zu Bett gebracht, und es wird künstliche Atmung eingeleitet. Der Puls war ebenfalls ausgeblieben, kam aber nach Kampherinjektion wieder. Nach ca. 8 Minuten künstlicher Atmung und Sauerstoffinhalation kommt die Atmung wieder in Gang. Pat. erwacht ca. ½1 Uhr aus der Narkose, ist unruhig, spricht viel, aber unverständlich. Nach ca. 1 Stunde schläft Pat. wieder ein. Tropfeinlauf, der jedoch nicht sehr lange gehalten wird. Da Pat. außerdem durch Trinken, ohne zu erbrechen, reichlich Flüssigkeitszufuhr hat, wird der Tropfeinlauf abgenommen. Pat. läßt fast halbstündlich Urin unter sich. Puls abends etwas schwächer und beschleunigt.

6. 3. Die Nacht vom 5. zum 6. war ziemlich unruhig, Pat. schlief hin und wieder ein, um bald wieder aufzuwachen. Narkotika wurden nicht gegeben. Puls morgens ziemlich schwach, bald auch wieder besser, wechselnd. Digalen 0,5. Pat. spricht ziemlich viel, immer noch unverständlich, macht mit der rechten Hand häufig reibende Bewegungen auf dem Leib' und greift nach der linken Kopfseite. Er öffnet häufig sehr weit die Augen. Gegen Abend wird Pat. etwas klarer und verlangt zum ersten Male die Urinflasche. Bei Darreichung von Nahrung äußert er Wohlbehagen. Abends sind beide Pupillen sehr weit, rechte weiter als linke, reagieren aber auf Lichteinfall. Pat. trinkt reichlich.

7. 3. Pat. hat bis 1 Uhr nachts kaum geschlafen, war unruhig und ließ unter sich. Von 1 Uhr bis 8 Uhr ruhiger Schlaf. Pat. sieht morgens bedeutend besser aus wie tags zuvor. Guter Appetit auf Flüssigkeiten. Pat. ist bedeutend ruhiger, hat nicht unter sich gelassen, meldet seine Bedürfnisse an. Nachmittags rechte Pupille bedeutend weiter als die linke. Beim Darreichen von Getränken greift Pat. mit der rechten Hand stets vorbei, die linke Hand greift ziemlich sicher, weniger dyspraktisch wie vor der Operation.

8. 3. Pat. hat die Nacht ziemlich ruhig geschlafen, hin und wieder kurzes Erwachen, bei dem er zu trinken wünscht und seine Zufriedenheit über die Darreichung der Getränke äußert. Pat. bekommt etwas festere Nahrung, die er erkennt und bezeichnet. Abends 7 Uhr spricht er vorübergehend unverständlich.



9. 3. Pat. hat die Nacht ziemlich ruhig zugebracht, nur hin und wieder etwas geredet, zu trinken verlangt usw. Die neurologische Untersuchung ergibt Paraphasie. Sonst tagüber nichts Besonderes; klare, verständliche Sprache. Viel Durst.

10. 3. Nacht ohne Besonderheiten. Morgens 6 Uhr wird von der Schwester ein ganz kurz dauernder Anfall beobachtet, während dessen er die zum Trinken erhobene Tasse fallen läßt, die Augen schließt, den linken Arm fallen läßt und bleich wird. Dauer vielleicht ½ Minute. Vormittags undeutliches, unverständliches Sprechen. Verbandwechsel: Entfernung der Hinterstichnaht, wobei Pat. Schmerzen äußert und behauptet, lieber tot sein zu wollen. Nachmittags spricht er wieder verständlich.

11. und 12. 3. Nichts besonders Auffälliges, man hat den Eindruck, daß Pat. immer klarer wird. Er schläft gut, ißt und trinkt mit Appetit.

13. 3. Neurologische Untersuchung. Tiefenempfindung noch erheblich gestört; Taktilität gebessert. Sprachstörungen ebenfalls geringer. Erkennungsvermögen von Gegenständen, das nach der Operation gestört war, gebessert, besonders rechts, woselbst die stärkere Störung vorhanden war, aber immer noch geringer wie links.

Ophthalmologische Untersuchung: Links zurückgehende Stauungspapille. Rechts ist die Stauungspapille noch stärker, ist weniger zurückgegangen wie die linke. Das Gesichtsfeld scheint auf beiden Augen für Handbewegungen intakt.

15. 3. Verbandwechsel: Nähte entfernt. Heilung per primam.

19. 3. Besserung schreitet rasch vorwärts, doch steht die aphasische Störung noch im Vordergrund. Pat. erkennt allerlei Gegenstände, z. B. Spielkarten, gut, doch fehlt ihm häufig der passende Ausdruck dafür. Er gibt an, den Gegenstand zu erkennen, aber ihn nicht bezeichnen zu können. Die Tiefenempfindung ist gebessert, doch ist besonders an der rechten Hand immer noch eine Dyspraxie vorhanden, die sich allerdings auch schon gebessert hat. Morgens beobachtet die Schwester einen 2 Stunden dauernden, allmählich nachlassenden Anfall von Steifigkeit der rechten Extremitäten. Auch bei der Morgenvisite ist noch etwas vermehrter Tonus vorhanden.

26. 3. Dauernde Besserung. Sprache freier. Pat. hat gestern das Bett verlassen, doch ist das Gehvermögen noch sehr gering, er kann nur mit Unterstützung gehen und hat die Neigung, nach rechts zu gehen.

Augenuntersuchung: Beiderseits noch spritzerförmige Blutungen um die Papille vorhanden. Links ist die Stauungspapille fast vollständig zurückgegangen. Rechts schreitet auffallenderweise die Rückbildung langsamer vorwärts. Augenbewegungen für grobe Untersuchung beiderseits frei. Keine Hemianopsie. Sehvermögen wie früher rechts schwächer. Grobe Gesichtsfeldprüfung ergibt intakte periphere Gesichtsfeldgrenzen.

30. 3. Pat. vermag jetzt kurze Strecken ohne Unterstützung zu gehen und allein aus dem Bett zu steigen. Er kann auch jetzt mit der

rechten Hand, wenn auch etwas ungeschickt, essen. Ein eingetretenes Gewitter erkennt er genau, auch den Hagelschlag, und gibt hierfür die richtigen Bezeichnungen an. Der Appetit ist ausgezeichnet. Die Kopfwunde ist vollkommen geheilt.

10. 4. Pat. befindet sich seit etwa 6. 4. dauernd außer Bett.

11. 4. Am hinteren Wundwinkel geringe Sekretion, da Pat. gekratzt hat.

17. 4. Wunde wieder völlig heil. Gute Gewichtszunahme, in 5 Wochen 10,9 kg. Dauerndes Wohlbefinden. Pat. selbst gibt noch Störung des Gefühls in der rechten Hand und Kraftmangel im rechten Arm als ziemlich die einzigen Beschwerden an, die er noch hat.

Augenuntersuchung: Links vollkommen abgeschwollene Stauungspapille, eine kleine Blutung am temporalen Optikusrande. Am rechten Auge genau derselbe Befund. Beiderseits einige atrophische Fasern. Die Gesichtsfelder weisen darauf hin, daß der linke Traktus eine Läsion erfahren hat, entweder durch Druck der Geschwulst oder bei ihrer Entfernung. Die Sehschärfe des rechten Auges beträgt $^1/_4$, die des linken nur $^1/_{60}$, da links durch die hochgradigere Stauungspapille mehr Sehnervenfasern untergegangen sind; auch besteht links eine ziemlich erhebliche Farbenstörung für grün.

9. 5. Im allgemeinen Status idem, dauerndes Wohlbefinden, doch klagt Pat. zuweilen über Schmerzen in der Wunde am hinteren Wundwinkel. Es findet sich daselbst eine kleine Rötung und Schwellung, die undeutlich fluktuiert. Eine Inzision entleert ganz wenig Eiter, man kommt mit der Sonde auf rauhen Knochen. Kleines Drain, Verband.

Augenuntersuchung: Beiderseits teilweise Atrophie, nichts, was auf Rezidiv schließen ließe.

29. 5. Augenuntersuchung: Atrophie beiderseits, keine Stauung mehr. Inzision eines linkseitigen Chalazeons.

8. 6. Auf Wunsch als geheilt entlassen. Entlassungsstatus: Gehirnnerven frei. Geringe Kraftabnahme im rechten Arme im Vergleich zu links. Leichte Hypertonie sowie starke Lagegefühlsstörungen im rechten Arm, besonders in den peripheren Gelenken. Taktilität in der rechten Hand verlangsamt, dagegen scheinen Schmerzempfindungen deutlich bemerkt zu werden. Ziemlich starke Unsicherheit beim Suchen der Nase mit dem Finger. Winken, Drohen, Türaufschließen werden langsam und ungeschickt gemacht. Bewegungen beim Anziehen werden ziemlich gut ausgeführt. Im rechten Arm leichter Spasmus, Patellarreflex rechts stärker als links. Achillessehnenreflexe fehlen beiderseits. Auch in den Beinen taktile Störung, in den peripheren Gelenken ausgesprochene Unsicherheit und Tiefenstörungen, rechts Ataxie; in den oberen Gelenken bessere Funktion. Wunde am Kopf geheilt, trocken.

27. 6. 12. Augennachuntersuchung: Derselbe funktionelle und ophthalmoskopische Befund wie vor 4 Wochen, so daß von seiten der



Augen keine Indikation zu einem erneuten operativen Eingriff gestellt werden kann.

Am 6. 8. 12. Wiederaufnahme.

Diagnose: Karzinom des linken Scheitellappens (Lokalrezidiv).

Exitus letalis am 20. 8. 12, 12 Uhr mittags.

Nach Angaben der Frau hat sich der Zustand des Pat. seit 5 Wochen von Tag zu Tag verschlechtert. Er leidet seitdem an Kopfschmerzen und vermochte nur unsicher zu gehen. Seit etwa 8 Tagen ist die rechte Seite gelähmt, Pat. läßt Urin und Stuhlgang unter sich und hat wenig Appetit. Seine Sprache ist undeutlich und unklar. Seit derselben Zeit bemerkte die Frau in der Nähe der alten Operationsnarbe eine Geschwulst, die sich allmählich vergrößert hat.

Status: Pat. macht einen etwas benommenen Eindruck, ist weinerlicher Stimmung und vermag an ihn gerichtete Fragen nicht zu beantworten. Am hinteren oberen Winkel der Operationsnarbe findet sich eine kugelsegmentartige Geschwulst vom Umfange eines Dreimarkstückes, die sich derb anfühlt. Die Haut darüber ist gut verschieblich, dagegen besteht eine sehr geringe Verschieblichkeit der Geschwulst gegen die Unterlage. Auch sonst finden sich in der Operationsgegend noch einige flache Anschwellungen.

Im rechten Arm, der vollkommen motorisch gelähmt ist, besteht ein ziemlich starker Spasmus. Ein geringerer Spasmus ist in der unteren rechten Extremität vorhanden, mit welcher Pat. im Knie- und Hüftgelenk geringe aktive Bewegungen ausführen kann. Schmerzempfindung besteht an beiden Extremitäten. Der rechte Fazialis ist paretisch. Die linke Pupille ist weiter als die rechte, reagiert im Gegensatz zur rechten nur schwach auf Lichteinfall. Der Kornealreflex ist beiderseits erhalten. Rachenreflex positiv, Trizepssehnenreflex beiderseits vorhanden, Bauchdeckenreflex und Kremasterreflex nur links vorhanden, Patellarreflex rechts gesteigert, Babinski rechts positiv, links negativ. Sensibilitätsstörungen sind nicht nachzuweisen, allerdings sind die Angaben des Pat. so unzuverlässig, daß die Prüfung nicht einwandfrei möglich ist. Kein Fuß- und Patellarklonus.

9. 8. 12. Untersuchung durch den Neurologen, der den Befund der rechtseitigen Hemiparese bestätigt und ihre Entstehung durch Tumormetastase für äußerst wahrscheinlich hält. Am heutigen Tage wie sonst schon zuweilen ist Pat. imstande, Gehörtes aufzufassen, doch ist seine Ausdrucksweise die gleich schwerfällige wie zuvor.

Probeexzision aus dem oben beschriebenen Tumor (in Lokalanästhesie, Prof. *Wendel*), zwecks Untersuchung im pathologischen Institut; diese ergibt: Derselbe Bau der Geschwulst wie bei der früheren Untersuchung nach der ersten Operation.

Leichtes Beklopfen der linken Hälfte des Schädeldachs schmerzhaft.

13. 8. 12. Die neurologische Untersuchung ergibt leichte Ptosis

des linken Augenlides, eine unscharf begrenzte weiße Papille mit stark geschlängelten Venen. Links findet sich nur eine geringe Lichtreaktion Paraphasie, Astereognosie. Rechts findet sich ebenfalls eine unscharf begrenzte weiße Papille mit stark geschlängelten Venen und eine vollkommene Lichtreaktion.

19. 8. Der Tumor unter der Kopfschwarte vergrößert sich rasch, ist jetzt auch an einigen anderen Stellen der Umgebung ebenso groß wie das bei der Aufnahme vorhandene sichtbare Rezidiv. Allgemeinbefinden verschlechtert sich zusehends. Pat. ist seit einigen Tagen ganz apathisch.

20. 8. 12. Exitus letalis gegen 12 Uhr mittags.

Sektionsergebnis: Mannsfaustgroße Geschwulst der linken Nebenniere. Über apfelgroße Geschwulstknoten in den beiderseitigen Lymphdrüsen an den Lungenhilus. — An der linken Großhirnhalbkugel Geschwulstknoten, die auf die knöcherne Schädelkapsel und auf die Kopfschwarte übergreifen.

Ausgedehnte Blutungen im Endokard.

Leicht verdickte Mitralklappe und Aortenklappe.

Lobuläre graue Hepatisation im rechten Unterlappen der Lunge.

Starker Plattfuß beiderseits.

Blutungen in der Magen- und Duodenalschleimhaut.

Oberflächliches Dekubitalgeschwür am Gesäß.

Epikrise. Es handelt sich in diesem Falle um einen Tumor im Bereiche des linken Parietallappens, und zwar in beträchtlicher Tiefe. Die neurologischen Symptome zeigten sowohl eine Schädigung der von den linken Zentralwindungen ausgeübten Funktionen als auch deutliche Hinweise auf eine Beteiligung des linken Parietallappens. Sowohl in den rechtseitigen Extremitäten als auch im rechten Fazialisgebiet traten deutliche Reizerscheinungen und Lähmungserscheinungen (besonders spastische) auf. Die in der rechten Hand auftretenden und von da sich rechtseitig ausbreitenden Zuckungen (also analog den Erscheinungen einer Rindenepilepsie) sprachen für eine Beteiligung der linken Zentralwindungen. Die zeitweise auftretenden spastischen Erscheinungen in den linken Extremitäten waren jedenfalls geringer als rechts.

Besonders deutlich traten in diesem Falle die Störungen von Funktionen auf, die für den Parietallappen und teilweise besonders für den linken Parietallappen spezifisch sind. Hierher gehört das Fehlen der Tiefenempfindung und die Störungen des Lagegefühls. Die Dyspraxie beider Arme und beider Beine wäre so zu erklären, daß gerade das Zentrum für die Praxie bei Rechtshändern im wesentlichen im linken Scheitellappen lokalisiert ist und von hier aus auch die linkseitigen Extremitäten bis zu einem gewissen Grade mitversorgt werden. Der tiefe subkortikale Sitz des Tumors im Parietallappen macht es erklärlich, daß dessen Funktionen nur teilweise gestört waren und insbesondere keine weiteren Sensibilitätsstörungen und keine Agraphie und Aphasie nachweisbar waren,

wobei allerdings zu berücksichtigen ist, daß wohl die während der meisten Zeit bestehende Benommenheit und die Unlust des Pat., sich untersuchen zu lassen, die Untersuchung wesentlich erschwert und beeinträchtigt haben, so daß auch die sicher vorher schon vorhandene Paraphasie sich erst nach der Operation feststellen ließ, als das Sensorium freier war. Besonders auffällig wäre ferner das Fehlen von reiner Alexie und Hemianopsie, die bei tiefer sitzenden Tumoren besonders in der Gegend des Gyrus angularis meist vorhanden sind. Es entspricht dies teilweise jedoch auch einer Beobachtung von *Bruns*, daß Tumoren in der Markmasse des linken Parietalhirns bisweilen ohne jedes auf ihren genaueren Sitz hinweisende Symptom verlaufen; ferner dürfte auch die Untersuchung auf Alexie durch die vor der Operation bestehende Beeinträchtigung des Bewußtseins sehr erschwert gewesen sein. Schwieriger zu beantworten ist die Frage, wie die Störungen der von den vorderen linken Zentralwindungen ausgeübten Funktionen in diesem Falle zu deuten sind. Am leichtesten lassen sie sich als Nachbarschaftssymptome erklären, besonders wenn man noch berücksichtigt, daß sie in ihrer Intensität stark wechselten, und zwar dürften es bei dem tiefen subkortikalen Sitz des Tumors im wesentlichen Druckwirkungen auf den motorischen Stabkranz gewesen sein, die zu den genannten Störungen geführt haben.

Die Blasen- und Mastdarmstörungen lassen sich am besten als Fernsymptome, in diesem Falle als Schädigung der Medulla oblongata durch die Druckerhöhung, erklären. Auch die unmittelbar nach der Operation beim Hinüberlegen des Pat. in sein Bett beobachtete Atemlähmung beweist, daß die Medulla oblongata unter der Einwirkung der Druckverhältnisse stand, welche der Tumor und seine operative Entfernung im Gehirn auslösten. Solche Einwirkungen auf das Atemzentrum bei Operationen von Tumoren der hinteren Schädelgrube sind bekannt. Daß auch entferntere Tumoren noch solche Einwirkungen haben können, ist nicht wunderbar, wenn sie eine gewisse Größe erreicht haben.

Die Lokaldiagnose des Tumors auf neurologischem Wege ist also hier in ziemlich vollkommener Weise gelungen, besonders infolge richtiger Bewertung der zutage getretenen Symptome zugunsten des Parietallappens. Nach Eröffnung der Schädelhöhle zeigte sich in der Mitte der freigelegten Hirnoberfläche ein Fehlen der Pulsation und eine Vermehrung der Konsistenz als weitere Symptome für einen hier sitzenden Tumor, und zwar weiter in der Tiefe. Da mehrere Punktionen ergebnislos verliefen, wahrscheinlich infolge zu fester Beschaffenheit des Tumors, so mußte man jetzt zur weiteren Diagnose der Hirngeschwulst und gleichzeitig zu ihrer Entfernung die Spaltung der deckenden Hirnmassen vornehmen, die dann auch das gewünschte Ergebnis hatte.

Es verdient noch erwähnt zu werden, daß die Eröffnung des Seitenventrikels keine sichtliche Störung hervorrief. Die Wunde schloß sich durch die zusammendrückenden Hirnmassen sofort und so vollkommen, daß



auch bei der Nachbehandlung kein Liquor abfloß. Bei der Sektion war die Heilung so vollkommen eingetreten, daß die Stelle des Einrisses nur vermutet werden konnte.

3. P., Marie, 26 Jahre alt, Kutschersfrau.
Diagnose: Duraendotheliom, zum Teil zystisch zerfallen.
Operation: Exstirpation mit Duraplastik.
Aufnahme am 25. 2. 13.
Abgang am 16. 4. 13 als geheilt.

Anamnese: Pat. bemerkte vor 5/4 Jahren, daß der linke Arm sehr leicht ermüdete, einige Wochen später zeigte sich auch eine Schwäche im linken Bein, dasselbe wurde beim Gehen nachgezogen. Die Schwäche nahm mit der Zeit noch zu, und alle angewandten Mittel (Kohlensäurebäder, Elektrisieren usw.) brachten keine Besserung. Vor 5 Tagen kam Pat. zum Neurologen, welcher sie heute der hiesigen chirurgischen Abteilung überwies. Pat. war früher immer gesund, sie machte eine Normal- und eine Fehlgeburt vor drei Jahren durch. Mann und Kind sowie Eltern und ein Bruder sind gesund.

Seit ¼ Jahr Kopfschmerzen, kein Erbrechen, leichtes Schwindelgefühl.

Befund: Gut genährte, kräftig gebaute Pat. Herz und Lungen gesund. Keine Temperatursteigerung. Puls 80—90, von normaler Spannung. Abdomen weich, nirgends druckempfindlich. Leber und Milz in normalen Grenzen.

Nervensystem: Klarer Geisteszustand. Kopf rechts druckempfindlicher als links. Innere und äußere Augenmuskeln ungestört. Gute Sehkraft. Geruch und Gehör nicht verändert. Linker Fazialis außer Ramus frontalis paretisch. Zunge weicht beim Herausstrecken nach links ab. Sehr starker Spasmus im linken Arm, besonders im Schulter- und Ellenbogengelenk, auch im linken Bein, besonders im Kniegelenk. Mäßige Parese im linken Bein und stärkere Parese im linken Arm. Starke Ataxie im linken Arm und Bein. Stereognostische Agnosie in der linken Hand. Zweifelhafte Tiefensensibilitätsstörungen in der linken Hand und im linken Bein. Blase und Mastdarm frei. Übrige Sensibilität ganz wenig gestört. Augenhintergrund nicht verändert.

26. 2. 13. Hirnpunktion (Prof. *Wendel*): Infiltration der Kopfschwarte und des Perikraniums mit einigen Kubikzentimetern Novokainlösung, wodurch die folgende Hirnpunktion vollkommen schmerzlos gemacht wurde. Als Punktionsstelle wird vom Neurologen (Sanitätsrat *Völsch*) ein Punkt bezeichnet, welcher über dem rechten Parietallappen gelegen, von der nach *Kocher* konstruierten vorderen Zentralwindung 5 cm nach hinten liegt und ebensoweit von der Mittellinie entfernt bleibt. Elektrische Durchbohrung des Knochens. Zwischen Dura und Knochen keine abnorme Flüssigkeit. Einführung der spitzen Kanüle durch die Bohröffnung bis 5 cm von der äußeren Haut, nachdem vorher festgestellt



ist, daß der Abstand der Dura von der infiltrierten Hautoberfläche 1,7 cm beträgt. Die erste Punktion ergibt nur Blut und Hirnsubstanz, die zweite liefert eine gelbe, durch frisches Blut gefärbte Flüssigkeit; durch eine dritte Punktion gelingt es, eine vollkommen klare, sehr stark eiweißhaltige, bernsteingelbe Flüssigkeit ablaufen zu lassen, welche zuerst im pulsierenden Strahle abläuft, sehr bald aber nur tropfenweise und dann versiegt. Im ganzen werden 14 ccm durch diese Punktion entleert; beim Zurückziehen der Kanüle unter negativem Spritzendruck wird noch etwas von der gleichen, aber wieder blutig gefärbten Flüssigkeit und ein Gewebstück aspiriert. Das Gewebstück erweist sich als zerfallendes Gewebe, welches bei der frischen Untersuchung nicht näher identifiziert werden kann. Die gelbe Flüssigkeit muß als Inhalt einer Zerfallshöhle angesprochen werden, da die Lumbalpunktion vollkommen klaren, normalen Liquor ergibt, der sehr deutlich von der gelben Flüssigkeit verschieden ist. Der hohe Eiweißgehalt der Flüssigkeit ergibt sich aus einer schon nach wenigen Minuten eintretenden Gerinnung. Die Punktion wird mit diesem Ergebnis abgebrochen und die weitere Untersuchung abgewartet.

28. 2. 13. Pathologisch-anatomisches Untersuchungsergebnis des Hirnpunktionsmaterials (Prof. *Ricker*): Mikroskopische Untersuchung am gehärteten und gefärbten Material: Zerfallenes Gewebe, mindestens zum Teil keine Hirnsubstanz. Befund kann am besten mit Herkunft aus einer Geschwulst in Einklang gebracht werden.

5. 3. 13. Die Nachuntersuchung des Nervensystems ergibt: Besserung des stereognostischen Erkennungsvermögens; Spasmen, Atonie unverändert. Seit 2 Tagen wieder Kopfschmerzen. Allgemeinbefinden gut.

Die Untersuchung des Zysteninhalts ergibt, daß es sicher kein Liquor, sondern ein sehr eiweißreicher, fadenziehender Inhalt einer Zyste ist. Während der Neurologe, Sanitätsrat *Völsch*, geneigt ist, einen zystischen Tumor anzunehmen, spricht das zerfallene Gewebe, welches Prof. *Ricker* gefunden hat, mehr für eine Zerfalls- resp. Pseudozyste. Nach der Punktion bessert sich nach Angabe der Pat. die Parese ein wenig; keinerlei Störungen treten auf. Objektiv keine Besserung; Operation dringend empfohlen.

Operation 8. 3. 13 (Professor *Wendel*): Bildung eines Hautperiostknochenlappens mit abgerundeten Ecken. Basis nahe der Mittellinie, Länge 10 cm, Breite 7 cm. Der hintere Punkt der Basis liegt etwa 3 cm nach vorn von der Spitze der Lambdanaht. Der Knochen ist auffallend dick. Nach Aufklappen findet man leicht die Punktionsstelle in der Dura. Dura stark gespannt, drängt sich in den Defekt, pulsiert nicht. Beim Einschnitt in die Dura kommt man in eine von der Dura ausgehende, ziemlich weiche Geschwulst von gelapptem Bau, gelblichgrauer Farbe, sehr wenig gefäßreich. Die Geschwulst sitzt breitbasig der Innenfläche der Dura auf, und es gelingt, sie nach vorn zu umgreifen, nachdem hier die Dura bis an den Knochendefektrand gespalten ist. Der Finger dringt jetzt an der



vorderen Geschwulstgrenze vorbei in eine große Höhle, welche mit derselben klaren gelben Flüssigkeit gefüllt ist, die bei der Punktion gefunden war. Man muß den ganzen Zeigefinger einführen, um den Grund der Höhle zu erreichen. Mit der Kanüle werden 30 ccm von der Flüssigkeit ausgesaugt, etwa ebensoviel ist spontan abgeflossen. Von der Höhle aus wird nun die Geschwulst an ihrer Innenfläche abgetastet. Ihre Basis hat etwa die Größe eines Fünfmarkstückes oder etwas mehr. Es gelingt, die Geschwulst stumpf ringsum abzulösen und mit einem entsprechenden Stück der Dura zu exstirpieren. Ein kleiner, nach vorn und der Mitte zu gelegener Lappen wird noch besonders entfernt, ebenso rings herum die Dura so weit exstirpiert, bis sicher gesundes Gewebe vorliegt. Man sieht jetzt in den großen, in der rechten Hemisphäre gelegenen Defekt hinein. Blutung ist gering und wird durch kurze Tamponade völlig gestillt. Die kleinere, der Geschwulst selbst entsprechende Höhle hat die Größe einer großen Walnuß mit einigen kleinen Buchten, nach unten von ihr schließt sich der apfelgroße, der Zyste entsprechende Teil der Höhle an. Dieser ist von einer glatten Wand begrenzt, die Farbe und Aussehen der weißen Hirnsubstanz trägt und auf der deutlich Gefäßverzweigungen sichtbar sind. Die Konsistenz bei Fingerdruck ist derber, als der normalen weißen Hirnsubstanz entspricht. Nach der Oberfläche zu wird der Defekt von grauer Hirnsubstanz begrenzt, auf deren Oberfläche man deutlich Furchen und Windungen unterscheiden kann, die aber stark abgeplattet sind. Noch längere Zeit nach der Entleerung der Höhle ist keine Pulsation wahrnehmbar, allmählich aber hebt sich der Boden der Höhle heraus, die Seitenwände fallen zusammen, so daß hierdurch der Defekt in der Hirnsubstanz selbst bis auf eine Delle verschwindet und dafür ein mehr als fingerdicker Hohlraum zwischen Schädelknochen und Dura entsteht. Der Defekt der Dura läßt sich nur zum Teil durch Naht schließen, der Rest von der Größe eines Daumenballens wird durch einen freien, aus der linken Fascia lata entnommenen Lappen gedeckt und der große Hohlraum zwischen Knochen und Dura durch einen handflächengroßen Unterhautfettlappen vom linken Oberschenkel ausgefüllt. Da die Blutung völlig steht, kann man auf Drainage und Tamponade verzichten. Der Knochenlappen wird reponiert und durch tiefgreifende Nähte der Kopfschwarte exakt fixiert. Druckverband.

Gewicht der entfernten Geschwulstmassen (ohne die Flüssigkeit) 25 g.

9. 3. 13. Lähmung des linken Armes und linken Beines. Gesichtsnerven unverändert. Kopfschmerzen, kein Erbrechen, Puls und Atmung gut.

12. 3. 13. Lähmung des linken Armes und linken Beines bis zum Handgelenk resp. Fußgelenk verschwunden. Stereognostische Agnosie ausgesprochen. Sensibilität intakt. Allgemeinbefinden relativ gut. Kopfschmerzen noch vorhanden, Puls gut, kein Erbrechen, kein Fieber.

14. 3. 13. Heilung, p. p. Nähte entfernt, Kollodiumverband.



16. 4. 13. Kopfwunde, Oberschenkelwunde fest verheilt. Pat. geht allein umher. Lähmung der Extremitäten gänzlich verschwunden. Stereognostische Agnosie fast völlig beseitigt. Keine Kopfschmerzen, kein Schwindel, guter Allgemeinzustand. Pat. entlassen.

Mikroskopische Untersuchung der Hirngeschwulst (Prof. *Ricker*): Sogenanntes Endotheliom in typischer Ausbildung, mit besonders ausgesprochener deutlicher Verflechtung der Zellzüge. Kollagenzwischensubstanz, sonst meist reichlich, fehlt fast ganz. Einige kleine, durch Verflüssigungsnekrose entstandene Hohlräume (vergleichbar dem großen, durch Punktion entleerten). Sämtliche 4 Durastückchen mit sich anschließender Geschwulst.

Spätere Nachrichten ergaben, daß die Pat. anfangs öfter unter Kopfschmerzen zu leiden hatte, bald aber sich völlig gesund fühlte. Jetzt ungestörtes Wohlbefinden, keine Ausfalls- oder Reizerscheinungen seitens des Zentralnervensystems.

Epikrise. Dieser Fall betraf einen rechtseitigen Parietalhirntumor, dementsprechend finden wir die hauptsächlichsten Funktionsstörungen in den linken Extremitäten. Auffallend ist wieder die Störung auch der von der rechten vorderen Zentralwindung ausgeübten Funktionen; hierhin gehören die Spasmen und Paresen im linken Arm und Bein, die linkseitige Hypoglossus- und Fazialisparese. Mit der hinteren Zentralwindung und besonders mit dem Scheitellappen in Beziehung zu bringen sind dagegen die Ataxie im linken Arm und Bein, die stereognostische Agnosie in der linken Hand und die in diesem Falle nicht ganz sicher nachgewiesenen Störungen der Tiefensensibilität in der linken Hand und im linken Bein. Auch in diesem Falle waren die Erscheinungen von seiten der vorderen Zentralwindung wohl im wesentlichen als Reiz- und Nachbarschaftssymptome anzusprechen, während die Ataxie und die stereognostische Agnosie als Herdsymptome aufzufassen waren und im wesentlichen auf den oberen Scheitellappen und den angrenzenden Gyrus supramarginalis hinwiesen. In diesem Gebiete war dann auch die Hirnpunktion erfolgreich, und der Tumor wurde bei der Operation an dieser Stelle subdural, von der Dura selbst ausgehend, gefunden.

Die drei Fälle verhielten sich also bezüglich der parietalen Herdsymptome verschieden. Im ersten Falle fehlten fast alle Symptome, welche für das Parietalhirn sprachen, in den beiden anderen Fällen waren sie sehr typisch. Daß dieser Unterschied in dem Ursprung, der Art, der Wachstumsweise der betreffenden Tumoren seine Erklärung findet, ist anzunehmen, ohne daß doch absolut klar wäre, wie hier im einzelnen Ursache und Wirkung zueinander liegen. Wie wichtig nicht nur Herd-, sondern auch Nachbarschaftssymptome sein können, liegt hierbei auf der Hand. Ganz besondere Bedeutung hat in diesem



Falle die Hirnpunktion gehabt. Denn ich bin überzeugt, daß der von der Falx ausgehende Tumor nicht gefunden worden wäre, wenn entsprechend der Wahrscheinlichkeit der neurologischen Diagnose im Stirnhirn trepaniert worden wäre. Daß gerade in diesem Falle die für den so besonders befriedigenden Verlauf maßgebliche topische Diagnose und zugleich auch die histologische Diagnose durch die Hirnpunktion gestellt wurde, ist ein entschiedener Erfolg der Hirnpunktion. Über ihre Wertung wird verschieden geurteilt.

In unseren drei Fällen wurde sie zweimal ausgeführt. Schädigungen haben sich in beiden Fällen nicht ergeben, wohl aber ziemlich bedeutende Vorteile. Bei dem Pat. S. wurde neben der Artdiagnose des Tumors die neurologische Lokaldiagnose so korrigiert, daß die Trepanationsstelle mit wesentlich größerer Sicherheit und Genauigkeit bestimmt werden konnte, was besonders bei subkortikalen Geschwülsten von großem Wert sein dürfte. Bei der Patientin P. erhielt man durch die Punktion wertvolle Aufschlüsse über die Art des Tumors, indem neben dem Tumor das Vorhandensein einer Zyste festgestellt wurde. Erst nach diesem Ergebnis der Punktion gab sie ihre Einwilligung zur Trepanation. Man muß betonen, daß die Patienten selbst nicht selten zu einer Punktion drängen, besonders, wenn sie vorher mit ihrem Hausarzte darüber gesprochen haben. Sie verlangen, ehe sie sich zur Exstirpation eines diagnostizierten Tumors entschließen, größere Sicherheit über Lokalisation, Art und Operabilität des Tumors, als man ihnen bisweilen geben kann. Und man darf doch nicht vergessen, daß noch nicht alle Hirngegenden aufgehört haben, „stumm" zu sein. Ein in seiner Bedeutung zweifelhaftes Symptom kann in einem solchen Falle sehr wohl die Indikation für eine Punktion geben, während man daraufhin nicht trepanieren würde. Ich habe bisher mit der Punktion keinem meiner Patienten geschadet, vielen sehr erheblich genützt. Ich bin daher der Ansicht, daß man nur nach strenger Indikation punktieren soll, dann aber vorteilhaft davon Gebrauch machen wird. Allerdings gehört dazu ein auch in Untersuchung frischen Materials erfahrener pathologischer Anatom. In meiner Abteilung sitzt im Nebenraum Herr Prof. *Ricker* am Mikroskop und untersucht sofort das punktierte Material. Die Punktion geschieht stets in Lokalanästhesie, so daß also ruhig auf das Resultat der Untersuchung gewartet werden kann. Eine etwa sofort nötig werdende Trepanation

ist vorbereitet. Immerhin dürfte die Warnung *Krause*s vor kritikloser Anwendung der. Hirnpunktion ihre volle Berechtigung haben, da sich eine Verletzung von Blutgefäßen auch bei der größten Vorsicht nie mit Sicherheit vermeiden läßt und bei harten Tumoren die Punktion ergebnislos verlaufen kann, indem nichts aspiriert wird, dagegen durch den sich bietenden Widerstand und die Druckschwankungen Schädigungen für den Patienten ausgelöst werden können. Zu bemerken wäre hier noch, daß sich auch bei unserem ersten Fall (S.) an der Punktionsstelle in der Tiefe über dem Tumor ein offenbar von der Punktion herrührender kleiner Bluterguß fand. Daß die Punktion bei Hirnabszessen und Solitärtuberkeln stets die Gefahr einer Meningitis in sich birgt, ist einleuchtend. Man wird deshalb in solchen Fällen für die Punktion ganz besonders strenge Indikationen fordern.

Mit einigen Worten möchte ich auf die von mir im Fall III erfolgreich ausgeführte Autoplastik eingehen. Sie hatte den Zweck, den großen Duradefekt zu ersetzen, welcher gemacht werden mußte, da die Dura selbst die Matrix der Geschwulst bildete, und außerdem den nach der Geschwulstexstirpation bleibenden Hirndefekt plastisch auszufüllen. Über die Notwendigkeit eines plastischen Duraersatzes kann heutzutage kein Zweifel mehr herrschen. Auch die Faszie hat sich als geeignetes Material bewährt. Strittig aber kann es sein, ob man einen bestehenden Hirndefekt plastisch ausfüllen soll. In den meisten Fällen hat man bei Exstirpation von Hirntumoren nicht mit Defekten zu rechnen, sondern im Gegenteil mit Prolapsen. Aber nach meiner Überzeugung wäre es ein Fehler gewesen, wenn man einen nach Operation eines zystischen Tumors bleibenden Defekt nur mit Tampons ausgefüllt hätte. Nach ihrer Entfernung wäre mit größter Wahrscheinlichkeit wieder eine Zyste entstanden. Dagegen ist ein autoplastischer Fettlappen ein ideales Material, um sich einer vielbuchtigen, unregelmäßigen Höhle eng anzulegen, man kann Überschüssiges leicht abtragen, man wird auf die Blutstillung einen günstigen Einfluß erwarten können. Mich hat die Fetttransplantation nach jeder Hinsicht so befriedigt, daß ich sie für einen wesentlichen Fortschritt gegenüber der Tamponade mit ihren vielen Fehlerquellen und Gefahren bezüglich Asepsis, Liquorfistel, Adhäsionsbildung, Zystenbildung usw. halte. Ebenso, wie man in der Bauchhöhle eine Tamponade nur als kleineres Übel anwenden wird, soll man auch in der Schädelhöhle möglichst

primär verschließen. Daraus folgt eigentlich von selbst, daß man vor dem Zurückklappen des Knochendeckels bleibende Hohlräume autoplastisch verschließen soll.

Wenn wir die operativen Resultate zusammenfassen, so kann man sie als durchaus günstig bezeichnen. In jedem Falle trat Heilung ein. Daß sie im 2. Falle nicht dauernd sein konnte, war in der metastatischen Natur des Tumors begründet.

Bei dem ersten Falle (S.) fand sich nach der Operation zunächst eine Lähmung der rechtseitigen Extremitäten, wahrscheinlich infolge des operativen Eingriffs in Verbindung mit dem sich in diesen Fällen oft im Operationsgebiet entwickelnden Ödem, auch mitbedingt durch die plötzlichen lokalen Verschiebungen und Druckschwankungen. Aber schon am 4. Tage nach der Operation begannen die Lähmungen zu verschwinden, gleichfalls besserten sich die übrigen vor der Operation vorhandenen Krankheitserscheinungen, so daß nach 7 Wochen bei der Entlassung nur noch die Kontraktur und eine mäßige Ataxie im rechten Bein vorhanden war. In der Folgezeit hielt die Besserung weiter an, und es trat schließlich völlige Heilung ein, so daß der Pat. wieder voll dienstfähig wurde. Einmal nach ca. 2 Jahren trat ein Krampfanfall nach Art der Rindenepilepsie auf, wahrscheinlich durch die Duranarbe im Operationsgebiet bedingt. Diese Narbe dürfte verantwortlich zu machen sein, da nach Entwicklung des Tumors die Dura sich nicht wieder exakt durch Naht vereinigen ließ, sondern an einer Stelle eine Lücke blieb, die mit einem Tampon bedeckt wurde. In der ferneren Zeit sind jedoch keine weiteren Krampfanfälle aufgetreten.

In dem zweiten Falle (Z.) wurde nach der Operation das Sensorium wesentlich freier als in der ganzen vorherigen Beobachtungszeit. Es wurde daher auch als weiteres auf den Scheitellappen hinweisendes Symptom die vorher sicher schon vorhandene Paraphasie festgestellt. Auch die übrigen Krankheitserscheinungen besserten sich wesentlich, wenn auch langsam, so daß der Pat. schließlich ohne stärkere Störungen seiner körperlichen und seiner Sinnesfunktionen entlassen werden konnte. Ca. 2 Monate später wird Pat. mit den Erscheinungen eines Lokalrezidivs wieder eingeliefert, das denn auch bald den Tod herbeiführt. Die Autopsie bestätigte die schon bei der Untersuchung des bei der Operation gewonnenen Tumors vom Pathologen ausgesprochene Vermutung, daß es sich hier um einen metastatischen Tumor handle; es fand sich als primärer Tumor eine linkseitige Nebennierengeschwulst, die außer der Hirnmetastase auch noch Lymphdrüsenmetastasen an den Lungenhilus gemacht hatte.

In dem letzten Falle (P.) schließlich finden wir analog dem ersten Fall am Tage nach der Operation Lähmung der Extremitäten der gegenüberliegenden Seite, die auf dieselbe Weise zu erklären ist, und die auch in der Folgezeit völlig wieder schwindet. Auch die übrigen Symptome



bilden sich, wenn auch teilweise etwas langsamer, so doch vollständig zurück, so daß der endgültige Befund bei der Entlassung einer Restitutio ad integrum gleichkommt.

Was die Blutstillungsmethoden anbetrifft, so wurde zur Stillung der Weichteilblutungen im ersten Fall (S.) eine Gummibinde um Stirn und Hinterhaupt gelegt, in dem zweiten Falle (Z.) wurde von der *Heidenhain*schen Hinterstichnaht Gebrauch gemacht, beide Methoden erfüllten ihren Zweck in völlig zufriedenstellender Weise. Eine wesentliche Blutung aus den durchtrennten Knochen (Diploë) trat in keinem Fall auf, weder bei der Durchtrennung mit *Gigli*scher Drahtsäge noch bei der Anwendung der *Dahlgreen*schen Knochenzange. Als Methode der Wahl ziehe ich die Durchtrennung mit *Dahlgreen*scher Knochenzange vor, da hierzu die Anlegung nur eines Bohrloches nötig ist und durch das Durchkneifen des Knochens gleichzeitig eine gewisse Kompression der Diploë stattfindet und so stärkere Blutungen aus der Diploë mit größerer Sicherheit vermieden werden. Jedenfalls war in keinem von unseren Fällen eine kompliziertere Methode, wie Einschlagen von Elfenbeinstiften usw., zur Stillung der Knochenblutung nötig.

Etwas verschieden verhielt sich die Blutung aus den Hirngefäßen nach Entwicklung des Tumors. Es ist dies auch teilweise mit abhängig davon, ob der Tumor mit den umgebenden Hirnmassen enger verwachsen ist, was besonders eintritt, wenn er ein infiltrierendes Wachstum zeigt, oder ob er gut abgekapselt ist und im wesentlichen verdrängend gewirkt hat. Das letztere war bei unseren drei besprochenen Geschwülsten der Fall. Die Blutung war daher auch bei allen drei Fällen gering oder fehlte fast ganz, zumal auch die Ausschälung des Tumors stumpf mit dem Finger vorgenommen wurde.

In dem ersten Falle (S.) wurde die mäßige Blutung durch Tamponade leicht beherrscht, in den übrigen Fällen war eine Tamponade der Wundhöhle nicht nötig.

Bei dem Pat. S. wurde nach der Beendigung der Operation, um einer Blutung nach Abnahme der Gummibinde vorzubeugen, Haut und Galea mit tiefgreifender fortlaufender Seitennaht genäht und ein Druckverband angelegt mit dem Erfolge, daß nach Abnahme der Gummibinde der Druckverband nicht durchblutet wurde. Es trat bei dieser Behandlung primäre, fast reaktionslose Heilung ein, Tampon und Nähte wurden nach 6 Tagen entfernt, der Verband war trocken, sehr wenig durchblutet, und auch in der Folgezeit zeigte sich nur geringes Wundsekret; die Temperatur stieg in den nächsten Tagen nach der Operation nicht über 37,2°.



Bei dem Pat. Z. blieben nach der Operation nur ein dünnes Drain und zwei schmale, extradurale Tampons liegen, im übrigen wurde auch primär genäht; die Hinterstichnaht blieb zunächst noch liegen, so daß man einen Kompressionsverband entbehren konnte. Nach 10 Tagen wurden die Nähte entfernt, es war auch eine primäre Heilung ohne wesentliche Störungen und Temperatursteigerungen eingetreten.

In dem dritten Falle (P.) läßt sich die geringe Blutung nach Ausschälung des Tumors durch kurze Tamponade beherrschen und durch die Fettransplantation völlig stillen. Hier ist der Wundverlauf, da kein Drain, kein Tampon stört, völlig ideal. 6 Tage nach der Operation werden die Nähte entfernt und ein Kollodiumverband gemacht. Auch der spätere Verlauf beweist ein glattes Einheilen der freien Transplantate. Bisher sind weder epileptische Zustände noch sonstige Beschwerden eingetreten, bei der Größe des Tumors ein gewiß beachtenswertes Resultat. Man kann also sagen, daß die Transplantation in diesem Falle nicht nur erhebliche Vorteile für die unmittelbare Wundversorgung gehabt hat, sondern auch funktionell sich bewährt hat.

Die Behandlung der Erregungszustände in der Anstalt.

Von

Prof. Dr. **Weber,**

Dir. der städtischen Nervenheilanstalt zu Chemnitz.

Daß die wechselnden Anschauungen über Krankheitsbehandlung ihren äußeren, steinernen Ausdruck in der Form des Krankenhausbaues finden, ist eine nicht nur dem Psychiater geläufige Tatsache. Weniger entzückt sind von dieser Tatsache die Verwaltungsbehörden. Dem leider zu früh verstorbenen, um die Förderung des hannoverschen Irrenwesens hochverdienten Landeshauptmann *Lichtenberg* hielt ich einmal in Vertretung meines damaligen Chefs, *Cramer*, eine lange, begeisterte Rede, um ihn zu überzeugen, daß im Interesse der Durchlüftung der anstoßenden Abteilungen die Wandelhallen der Anstalt teilweise ihres Daches entkleidet werden müßten. Als ich meine Rede, wie ich glaubte, mit bestem Erfolg geendet hatte, hörte ich nur die Antwort: „Das ist ganz schön, und in 10 Jahren kommt einer und will das alles wieder hergestellt haben, wie es früher war.“ Ich kann ihm nicht so unrecht geben. Unser Anstaltswesen, namentlich die finanzielle Seite, leidet darunter, daß jeder ärztliche Leiter glaubt, er könne nur mit ganz besonderen baulichen Einrichtungen seinen therapeutischen Aufgaben und Absichten gerecht werden. Besonders einschneidend und kostspielig sind die baulichen Maßnahmen, die durch die häufig wechselnden Anschauungen über die Behandlung der erregten Kranken bedingt werden. Das rechtfertigt es, einmal zusammenfassend die Frage zu prüfen, welche Mittel und Maßregeln stehen uns überhaupt für die Behandlung erregter und gewalttätiger Kranker zur Verfügung, und wieweit sind sie mit den modernen Anschauungen über freie Behandlung vereinbar?

Es kommen in Betracht: mechanische Beschränkung durch Zwangsjacken und Gitterbetten, durch Isolierungen, chemische Be-

einflussung durch Narkotika, hydrotherapeutische Maßnahmen und endlich Ablenkung und Beeinflussung der Kranken durch Verlegung und Beschäftigung.

1. Von den Zwangsjacken, Zwangsstühlen usw. will heute mit Recht niemand mehr etwas wissen; die jüngere Psychiatergeneration hat sie überhaupt, außer in historischen Sammlungen, nicht mehr zu sehen bekommen.

Ich erwähne sie nur, weil der ganze Kampf gegen die Zwangsjacken gewissermaßen programmatisch für unser Thema ist. Stellen wir uns einmal einen erregbaren, zu impulsiven, brutalen Gewalthandlungen neigenden, nicht schwer verwirrten Patienten vor; jeder mit einiger Anstaltserfahrung kennt solche Lieblinge unter den kriminellen oder unter den psychopathischen, hysterischen Fürsorgezöglingen. Zweifellos würde für derartige Kranke während der Perioden ihrer Erregungszustände — sie treten ja meist periodisch auf — eine Zwangsjacke das einfachste, billigste und wirksamste Mittel gegen die Versuche, andauernd Scheiben einzuschlagen, die Mitkranken und das Personal zu maltraitieren, Betten und Kleider zu zerreißen, sein. Wir dürfen es in der Anstalt nicht mehr anwenden, weil die Gefahr besteht, daß es doch einmal, dem Personal oder unerfahrenen Ärzten überlassen, kritiklos auf andere motorische Störungen angewandt wird, für die es grundfalsch wäre, ferner aus dem äußerlichen, aber sehr berechtigten Grunde, daß wir nur dann mit gutem Gewissen den Vorwurf einer zwangsmäßigen Behandlung widerlegen können, wenn wir sagen können, wir brauchen überhaupt keine Zwangsjacken mehr.

Wären diese beiden, durch die menschliche Unvollkommenheit bedingten Gründe nicht so wüßte ich wirklich nicht, was uns hindern sollte, auch im Lichte einer neueren Erkenntnis, solche Fälle, wie ich sie oben andeutete, zeitweise mit einer Zwangsjacke zu versehen. Wenn wir sie aber entfernen, dann müssen wir auch konsequent sein und dürfen nicht auf unseren Krankenabteilungen Dinge dulden, die der Zwangsjacke ähnlich sind. Dahin zähle ich: die sogenannten festen Hemden aus Segeltuch, die auf dem Rücken mit sinnreichen Schlüsselknöpfen geschlossen werden; halten tun diese Einrichtungen ja ohnehin nicht. Ferner das, wie ich festgestellt habe, durchaus noch nicht so selten gewordene Festschnallen oder Festbinden mit einem Leintuch oder Gurt auf dem Bett oder Stuhl. Da man mit dieser Maßregel höchstens geschwächte, senile, delirierende oder leicht unruhige Kranke ruhig halten kann, halte ich sie für besonders unnötig, unzweckmäßig und grausam. Wenn einer oder der andere Kranke einmal ganz gut damit zu behandeln wäre: gerade diese Maßregel führt zu leicht zu einer unkontrollierten Anwendung durch das Personal und wird dann brutal und urteilslos verwandt; man muß also auch hier das Kind mit dem Bade ausschütten.



Weiter gehören hierher kleine, beruhigende Maßnahmen, wie Fausthandschuhe, steife Verbände an den Händen bei Kranken, die immer wieder Verbände abreißen, die Hände in den Mund stecken und dergleichen. In eiserner Konsequenz müßten auch diese verbannt werden. Ich kann mich dazu nicht entschließen, weil sie immer noch eine gewisse Bewegungsfreiheit gestatten, weil sie oft die einzige Möglichkeit des Schutzes darstellen, wenn man nicht eine unsinnige Vergeudung an Personal und Ermüdung desselben durch kleinliche Aufgaben treiben will, endlich aus dem etwas äußerlichen, aber hier ins Gewicht fallenden Grunde, daß solche Dinge, namentlich Verbände, einer ärztlichen Maßnahme ähnlicher sehen, als einer Freiheitsbeschränkung.

Wir wollen uns aber bei dieser Gelegenheit doch auch nicht verhehlen, daß die sogenannte feuchte Packung da, wo sie schematisch angewandt wird, gar nichts anderes ist als eine Zwangsjacke in der gröbsten und schlimmsten Form: gewaltsames Festhalten beim Einwickeln, wobei es oft zu recht heftigen Kämpfen zwischen Kranken und Personal kommt, Zustecken der Wolldecken mit vielen Sicherheitsnadeln oder gar Einnähen, abnorm langes Ausharren in der feuchten Packung sind Gepflogenheiten, die außerordentlich leicht einreißen, wo man für diese Behandlung schwärmt. Auch verliert sie nichts von ihrem zwangsmäßigen Charakter, wenn dann der eingewickelte Kranke auf die Veranda oder in den Garten gelegt wird, um gleichzeitig Freiluftbehandlung zu genießen. Das mag ja ganz schön sein; aber man soll doch nicht von „freier Behandlung" reden, wenn eingewickelte und zugenähte Kranke wie Würmer auf dem Sand umherrollen! Ich wende mich ausdrücklich nur gegen den Mißbrauch der feuchten Packung in der Hand unerfahrener Ärzte oder des Pflegepersonals; daß solche Mißbräuche, die dann eben eine verschleierte Zwangsjacke sind, vorgekommen sind, weiß ich. Im übrigen komme ich auf die feuchte Packung noch bei den hydrotherapeutischen Maßnahmen zurück. Auch die von verschiedenen Seiten und in verschiedenen Formen neuerdings wieder empfohlenen Gitterbetten sind doch nichts anderes als eine grob-mechanische Beschränkung der körperlichen Bewegungsfreiheit, mag es sich um feststehende Käfigbetten oder um hängemattenartige, zugebundene Netze handeln, in welchen die Kranken wie das Geflügel in einem Sack stecken.

Endlich möchte ich bei dem Punkt „Zwangsjacke" die Aufmerksamkeit der Fachkollegen einmal auf die Frage lenken: „Wie soll der Transport erregter gewalttätiger Geisteskranker vom Dorf, vom kleinen Bezirkskrankenhaus auf Landwegen, mit Sekundärbahnen unter öfterem Umsteigen, durch nicht geschulte Begleiter vor sich gehen?"

Ich habe diese Frage von den verschiedensten Seiten kennen gelernt: als aufnehmender Arzt an der Provinzialanstalt, da war man natürlich sehr entrüstet, wenn ein Kranker in der Zwangsjacke oder gar in Handschellen ankam und hat nicht unterlassen, ihn in diesem Ornat zu photo-



graphieren. An derselben Anstalt hatte ich in regelmäßigen Intervallen die Überführung chronischer Kranker in Pflegeanstalten zu besorgen. Ferner als Arzt an einem Stadtasyl mit sehr vielen Aufnahmen und der Verpflichtung, Kranke aller Art und Erregung innerhalb einer bestimmten Zeit in die zuständige Staatsanstalt abzuliefern. Endlich in der Privatpraxis, wenn es sich darum handelte, widerstrebende, erregte Kranke gegen ihren Willen in die entfernt liegende Anstalt zu überführen. Und ich kann wohl sagen, daß ich in den 20 Jahren meiner psychiatrischen Praxis sehr viele Krankenüberführungen sowohl im einzelnen als größere Mengen mit gutem Erfolg persönlich ausgeführt habe. Die wohleingerichtete Provinzialanstalt hat es am leichtesten; sie überführt selten und dann abgelagerte Kranke, die man genau kennt und bei denen man den Zeitpunkt der Überführung meist selbst bestimmen kann. Auch das Stadtasyl hat noch einige dieser Vorteile, verfügt meist auch über einigermaßen geschultes Personal, muß allerdings öfter und auch unangenehmere Kranke überführen. Ein Massentransport von Geisteskranken aller Art ist übrigens lange nicht so unangenehm als der eines einzelnen: da hat man meist Wagen und Coupés zur unbeschränkten Verfügung, kann sich bequem einrichten, im Notfall während der Reise Narkotika geben und hat genug Hilfskräfte. Und die ganze Aufmachung ist so installiert, daß sie sich dem Publikum doch nicht verbergen läßt; da kommt es dann auf einen, der „richtig tobt“, auch nicht an.

Anders der Bezirksarzt oder der Gemeindevorsteher, die aus ihrem kleinen Krankenhaus mit 20 Betten oder aus dem Spritzenhaus den tobenden Kranken, der alles zusammenschlagen will, lärmt und seine Umgebung bedroht, möglichst rasch und unauffällig nach der nächsten Irrenanstalt bringen wollen. Abwarten geht hier nicht; denn der Kranke verweigert die Nahrung und ist von der Gefahr des Delirium acutum bedroht, ist außerdem für die Umgebung zu störend. Gewöhnlich geben wir den Rat, den Kranken zu narkotisieren mit Chloral oder mit Duboisin. Daß viele Kranke überhaupt nicht auf Hyoszin oder Duboisin reagieren, besonders wenn die Lösungen nicht frisch sind (und wo soll der Landapotheker diese Lösungen, die alle paar Monate gebraucht werden, frisch herbekommen?), weiß jeder. Schonend ist es für einen abgetobten, erschöpften und vielleicht durch Stoffwechselprodukte vergifteten Kranken auch gerade nicht, wenn man ihm so viel Narkotika eingießt oder einspritzt, daß er sich nicht mehr regen kann. Und wie soll der unerfahrene Begleiter (im besten Fall sind es zwei, aber nicht mit der Irrenpflege vertraute) mit dem halb gelähmten, halb bewußtlosen, verwirrten, schreienden Menschen viele Stunden Wagen- oder Bahntransport bewerkstelligen? Ein Bezirksarzt wurde anläßlich eines derartigen Falles von seiner Behörde zu generellen Vorschlägen für die 6 Krankenhäuser seines Bezirks veranlaßt. Er fragte mich, ob man vom heutigen Standpunkt der Irrenpflege etwas gegen folgende Vorschläge einwenden und bessere Vorschläge machen



könne: „In jedem Krankenhaus soll eine Vorrichtung zur Fesselung tobsüchtiger Geisteskranker vorhanden sein. Die Fesselung ist nur im äußersten Fall für kurze Zeit zulässig. Verwendet wird dazu ein Fesselgurt, an dem seitwärts verstellbare Riemen für das Schließen der Handgelenke angebracht sind." Ich mußte darauf erwidern, daß die Fesselung Geisteskranker den Prinzipien der freien Behandlung widerspricht, daß ich aber bessere Vorschläge nicht machen könne; er möge die Sache aber durch das Bezirksamt „hinuntergehen lassen", damit nicht sein, des Arztes, Name dahinter stehe.

Mir erscheint in diesen Fällen die vorübergehende Fesselung des zu transportierenden tobsüchtigen Kranken als das geringere Übel, wenn er nur schnell dadurch in geeignete Behandlung gebracht wird. In manchen Fällen kann eine Fesselung auf der Tragbahre erfolgen; dann sieht die Sache nicht so auffällig aus. Zum Transport eines gefesselten, wenn auch schimpfenden Menschen braucht es weniger geschultes Personal; das kann auch der Gendarm, wenn auch in Zivil. Hier ist also die Prinzipienreiterei nicht am Platze.

2. Die Isolierzelle hat den größten Wechsel ihrer Wertschätzung im Laufe der Zeiten erfahren.

Die Göttinger Anstalt war im Jahre 1865 für ca. 250 Kranke erbaut worden mit etwa 12 Isolierzellen auf jeder Geschlechtsseite. Anfang der achtziger Jahre hielt man eine Vermehrung dieser Zellen um etwa 8 Stück auf jeder Seite für erforderlich. Anfang 1900 wurden die Zellen wieder reduziert, so daß es nur noch 5 auf jeder Geschlechtsseite gab, obwohl die Zahl der Kranken inzwischen auf etwa 500 gestiegen war. Die eine Hälfte des Zellkorridors wurde ganz abgetrennt und in eine Abteilung für Infektionskranke verwandelt.. Und wieviel Scharfsinn, Witz und Geld wurde auf den Bau der Zellen, auf ihre Ausstattung mit „sicheren" Fenstern, Türen, Lüftung, Heizung, Beleuchtung, mit „festem" Mobiliar verwandt; das zeigen noch heute die Einrichtungen alter Anstalten. Da gab es Zellen, die 3 Stockwerke beanspruchten; d. h. im Parterre saß der Kranke, im Obergeschoß war ein Fenster oder eine Tür zu seiner Beobachtung, im Souterrain ein Raum zur Aufnahme des Kübels, in den sich ein „festes Klosett" ergoß. Zellen mit stallukenartigen Fenstern oder nur mit Deckenoberlicht, Zellen mit einem Palisadengitter, hinter dem ein Pfleger „schlief", Zellen mit abgerundeten Ecken und Vermeidung aller Vorsprünge zur Verhinderung des Aufhängens, Polsterzellen, die noch heute in der Phantasie des Volkes eine grausig-schöne Rolle spielen. Dann — Mitte der neunziger Jahre — schien dies alles auf einmal entbehrlich, und jetzt wieder sehen wir in jedem Bauprogramm einer modernen Anstalt, nicht nur im „festen Haus" für kriminelle Kranke, sondern auch in der „Abteilung für Unruhige", die Zellen in gemäßigter Anzahl wieder erscheinen. Es scheint also doch nicht, daß die freie Behandlung ganz ohne Isolierung auskommen kann.

In dem ganzen Streit über die Isolierung wird m. E. ein Gegensatz zu scharf betont: der zwischen Anstalten mit vielem frischen Aufnahmematerial und Pflegeanstalten. Man hörte oft die Ansicht, daß die letzteren mit ihrem „ruhigen“ Krankenmaterial sehr gut ohne Zellen auskommen können, während Anstalten mit zahlreichen frischen Aufnahmen von erregten Kranken das Isolieren nicht entraten könnten. Ich habe schon früher, als ich noch an der Göttinger Anstalt mit relativ zahlreichen Pflegekranken, darunter vielen Kriminellen, arbeitete, die Unrichtigkeit dieser Ansicht betont, und jetzt, da ich seit 3 Jahren ein Stadtasyl mit großem Krankenwechsel (ca. 900 Aufnahmen auf 300 Betten) leite, kann ich nur noch einmal betonen, daß unter sogenannten Pflegekranken ein viel größerer Prozentsatz chronisch unruhiger, störender Elemente ist. Denn gerade die chronischen Schizophrenen, Schwachsinnige oder chronische Alkoholiker mit zeitweiligen Erregungszuständen bleiben Jahrzehnte in diesen Anstalten sitzen, und ihre Erregungszustände werden nicht seltener und nicht milder. Namentlich gehören außer den erwähnten Formen dazu viele aus der Gruppe der Psychopathen mit ethischen Defekten und kriminellen Neigungen und derartige Insassen in Gestalt von kriminellen Geisteskranken oder geisteskranken Verbrechern, ferner psychopathische Fürsorgezöglinge, besonders weiblichen Geschlechts, häufen sich neuerdings fast in jeder Anstalt mit Dauermaterial; man kann wohl sagen, daß die Zunahme und Vergrößerung der Anstalten weniger durch typische Geisteskranke als durch unsoziale Grenzzustände bedingt wird, die der Erzieher, Verwaltungsbeamte, Strafrichter und Strafvollzugsbeamte mangels anderer Unterbringungsmöglichkeiten der Irrenanstalt überweist.

Diese Insassen sind es, die ihren Mitkranken wie dem Personal das Leben vergällen. Mit vielen Patienten, mit allen Schwächen der Anstalt und des Personals vertraut, ohne jedes ethische Gefühl, meist zielbewußt auch in ihren Erregungszuständen, üben sie oft auf ihrer Abteilung eine brutale Tyrannei aus, vor der die Mitkranken wie das Personal zittern. Hier hilft alle „psychiatrische Behandlung“, Beschäftigung, Bettruhe, nur vorübergehend; jahrelang, immer wieder erlebt man dieselben Attacken und die Schädigung von Kranken, Personal, Einrichtungsgegenständen, ganz abgesehen von raffinierten Entweichungsversuchen. Ob man derartige Zerstörungssucht Bosheit oder motorische Erregung oder irgendwie nennen will: jedenfalls sind solche Kranke während ihrer Attacken am besten isoliert, wenigstens wenn sie nicht auch noch Selbstmordversuche

machen. Man schützt die Kranken, das Personal und Sachen auf diese Weise am einfachsten vor ihnen und — was ihnen selbst zugute kommt — man verhütet damit einigermaßen, daß das Personal, dem das Absichtliche und Boshafte derartiger Szenen noch deutlicher vor Augen steht als uns Ärzten, dauernd gegen diese Kranken eingenommen wird und sie bei Gelegenheit mißhandelt; denn irgendwo hat auch die Geduld des geduldigsten Pflegers ein Ende.

Eine Debatte darüber, wieviel Isolierzimmer für derartige Zwecke zur Verfügung stehen müssen, ist überflüssig. Das hängt ganz vom Krankenmaterial der Anstalt ab und wird am meisten von der Menge der zu verpflegenden psychopathischen Elemente mit unsozialen Neigungen bestimmt.

Im Verwahrungshaus in Göttingen, das für 60 ausschließlich gemeingefährliche Insassen bestimmt ist, sind 30 feste Isolierzimmer, wobei allerdings ein Teil dieser Zimmer für Beschäftigungszwecke je eines Kranken verwandt wird, der nachts eine zweite Zelle zum Schlafen erhält. Unter diesen Elementen finden sich auch solche, bei denen es wenigstens in gewissen Perioden gar keinen Zweck hat, daß der Arzt sie jeden Tag in ihrer Zelle aufsucht, oder daß man sie täglich herausnimmt oder ins Freie führt. Man würde damit nur tägliche Erregungszustände und gefährliche Situationen schaffen und einen unmäßigen Aufwand an Personal verbrauchen. Das sind meist Psychopathen oder auch schwer Geisteskranke, die nach jahrelanger Haft schwere Erregungszustände bekommen, in denen sie zielbewußt Gewalttaten oder Befreiung planen. Es ist möglich, daß diese Zustände die Folge der „Isolierbehandlung" sind; aber angesichts der Gefährlichkeit dieser Individuen und der den Anstaltsleitern auferlegten Verantwortung verbietet sich jeder Versuch einer freien Behandlung von selbst.

Bei vielen anderen Kranken des Verwahrungshauses war eine länger dauernde Isolierung nur wegen ihrer ständigen Neigung zum Komplottieren oder wegen ihrer Reizbarkeit erforderlich. Sie erhielten aber unter sorgfältiger Kontrolle Beschäftigung im Isolierzimmer; es handelt sich also mehr um ein „Separieren". In der Heil- und Pflegeanstalt Göttingen, die immer sehr viel kriminelle und unsoziale Kranke beherbergt, hatten wir auch vor Errichtung des Verwahrungshauses auf ca. 500 Kranke nur ca. 10 einigermaßen gesicherte Einzelzimmer und sind damit vollkommen ausgekommen. Abgesehen von den wirklich dauernd gefährlichen, auf Entweichung sinnenden Kranken ist es in einer größeren Anstalt möglich, die Reizbarkeit anderer Kranker durch vielfaches Hin- und Herverlegen auf den verschiedenen Abteilungen zu bekämpfen, so daß die eigentliche Isolierung nur immer kurze Zeit nötig ist.

In der Klinik, dem Stadtasyl, kurz in der Anstalt mit fluktuierendem Krankenmaterial lernt man derartige Kranke in ihrer ganzen



Schönheit gar nicht kennen, weil sie abgeschoben werden, ehe sich diese Eigenschaften entfalten. Die frisch aufgenommenen Kranken aber, die unruhig sind: Deliranten, Paralytiker, frische Attacken einer Dementia praecox und andere sind es nur für kurze Zeit, sind neu, nehmen das Interesse und die Fürsorge von Ärzten und Personal auch oft wegen der körperlichen und psychischen Erscheinungen in Anspruch. Sie können im Bett, im Dauerbad oder im offenen Einzelzimmer, im Notfall unter Aufwendung einer besonderen Wache, ganz gut so lange gehalten werden, bis die Attacke abklingt. In derartigen Anstalten sind Einzelzellen nur erforderlich, wenn gelegentlich ein „Schwerverbrecher" zur Beobachtung kommt, dessen Entweichung auf alle Fälle verhindert werden soll, und dann, um andere Kranke und vielleicht auch die Umgebung der Klinik vor dem Lärm des unruhigen Kranken zu schützen.

Zu dem letzteren Zweck genügen allerdings oft auch Isolierzimmer nicht, man müßte denn die Räume auch akustisch isoliert haben, und das ist eine kostspielige bauliche Angelegenheit, namentlich in unseren modernen Eisenbetonbauten, die jeden Schall fortleiten wie ein Resonanzboden. Gelegentlich kommt auch ein schwerer tobsüchtiger Zustand eines Epileptikers vor, den man am schonendsten und unter geringstem Personalaufwand im festen Einzelzimmer behandelt. Zu solchen Zwecken möchte ich auch in den Stadtasylen das Einzelzimmer nicht ganz vermissen; es spielt auch weder in räumlicher noch in finanzieller Beziehung eine Rolle, wenn man, wie hier in Chemnitz, auf 300 Betten je ein Einzelzimmer für Männer- und Frauenseite hat. Wenn *Meyer* [1]) bei der Einrichtung der Königsberger Klinik die ursprünglich geplanten Isolierzimmer wegfallen ließ, so mag dabei wohl auch die konsequente Durchführung des Prinzips und das Bemühen, der Klinik in jeder Hinsicht den Charakter eines gewöhnlichen Krankenhauses zu geben, bestimmend gewesen sein. Tatsächlich haben aber sogar die modernsten Krankenhäuser wenigstens kleinerer Städte ein festes Zimmer für die vorübergehende Unterbringung erregter Kranker vorgesehen. Ich würde also das Beispiel der Königsberger Klinik, die als Lehrinstitut auch die äußeren Formen des Prinzips vertreten muß, nicht für vorbildlich halten bei der Errichtung von Stadtasylen. Hier steht der andere Zweck voran, die übrigen Kranken vor gelegentlichen Erregungen und Beunruhigungen zu schützen und im Notfall die absolut sichere Verwahrung eines Eingelieferten für einige Zeit zu garantieren; dafür ist die Bereitstellung eines solchen Zimmers erforderlich. Länger als einen Tag (von morgens bis abends) oder eine Nacht eine

[1]) Arch. f. Psych. Bd. 53, H. 2.



solche Isolierung ohne Unterbrechung durchzuführen, habe ich nie nötig gehabt.

Endlich möchte ich noch darauf hinweisen, daß gerade die kleineren Krankenhäuser, die allen Aufgaben der Krankenpflege gerecht werden sollen, ein gut gebautes und gesichertes Isolierzimmer nicht entbehren können.

Wenn auf dem platten Lande, entfernt von der regionären Irrenanstalt, eine akute geistige Störung ausbricht, so ist eine Unterbringung im nächsten Krankenhaus oft für mehrere Tage bis Wochen gar nicht immer zu umgehen, schon weil dank der Angst vor „Freiheitsberaubung" und gesetzwidriger Internierung im Irrenhause oder auch aus administrativen Gründen die Aufnahme in eine Irrenanstalt gar nicht immer so schnell erfolgen kann. Wie soll nun das Krankenhaus, das über 30 bis 60 Betten und einen Arzt im Nebenamt verfügt, mit den verwirrten, erregten, gewalttätigen, lärmenden Kranken fertig werden? Unsere Mittel: Bettruhe, Bäder, Narkotika versagen sehr häufig, besonders da Einrichtungen für Dauerbäder meist fehlen und auch ohne ausreichendes und geschultes Personal ganz nutzlos sind. Die übrigen Kranken müssen aber unter allen Umständen vor dem Lärm und der Belästigung geschützt werden. Da bleibt das Isolierzimmer als einziges Hilfsmittel und unter diesen Umständen schonendstes Verfahren übrig. Freilich genügt es nicht, den Kranken da hineinzusperren, sondern man muß unter zeitweiligem Aufwand von Personal den Kranken reinigen, ihm die Nahrung reichen und immer wieder durch gelegentliche Narkotika eine Beruhigung zu erzielen suchen, damit er in den allgemeinen Saal zurückgelegt werden kann. Manchmal wird man auch dauernd einen Pfleger aufwenden müssen, der ihn vor Selbstverletzungen bewahrt.

Wenn ich damit für die beschränkte Anwendung des Isolierzimmers bei allen Formen auch der modernen Anstalt eintrete, möchte ich in technischer Beziehung noch darauf hinweisen, daß besonders raffinierte oder kostspielige Einrichtungen für diese Zimmer nicht erforderlich sind. Für Bau und Einrichtung muß bestimmend sein, daß Selbstmordverdächtige oder hartnäckig auf Selbstverstümmelung bedachte Kranke nicht ins Isolierzimmer gehören.

Wir brauchen uns also nicht mit Einrichtungen abzuplagen, die solche Ereignisse verhüten sollen und doch nicht können. Alle Polsterzellen usw. sind damit unnötig. Die Haupterfordernisse in technischer Beziehung, die freilich auch bei Neubauten noch nicht überall durchgeführt werden, sind: glatte Wand-, Tür- und Fensterflächen, die ein Hochklettern und Abstürzen verhindern, Festigkeit dieser Flächen, die erreicht wird durch Zementputz, starke, dreifach geleimte Türen, 20 mm starkes, in Eichenholz mit aufgeschraubten Eisenschienen verlegtes Glas, eiserne,



in der Wand verankerte Tür- und Fensterrahmen, Vermeidung jedes komplizierten Mechanismus beim Verschluß der Türen und Fenster und an Heizungs- und Lüftungseinrichtungen. Diese technischen Einzelheiten habe ich gelegentlich beschrieben (*L. W. Weber*, Das Isolierzimmer des kleinen Krankenhauses. Münch. med. Wschr.). Die innere Einrichtung wird im allgemeinen von fest angebrachten Mobilien (Bett, Tisch usw.) absehen; ist ein Kranker so erregt, daß er die Bettstelle herumwirft, so wird diese entfernt und der Kranke auf die Matratze am Boden gebettet. Im Verwahrungshaus in Göttingen habe ich in einzelnen Isolierzimmern eine Einrichtung zum Festschrauben der Bettstellen am Fußboden anbringen lassen. Sie hat sich für die länger dauernde Unterbringung der oben erwähnten gefährlichen Kranken gut bewährt, muß aber technisch sehr sorgfältig ausgeführt werden. Ein Kranker hatte sich mit dem Rücken an die Wand, mit den Füßen an eine seitliche Backe des eisernen Bettes gestemmt und auf diese Weise ein gebogenes Eisenrohr losgebrochen, das er als Waffe benutzen wollte.

Für größere Anstalten erwächst die Frage, ob man die als nötig erachteten Isolierzimmer auf die einzelnen Abteilungen verteilen oder zu einer etwas abseits gelegenen „unruhigen" Station vereinigen will. Beide Einrichtungen haben ihre Vor- und Nachteile, und ich weiß, daß namentlich *Alt* eine große Abneigung gegen eine solche „unruhige Station" hat. In Göttingen bestand seit Erbauung der Anstalt eine sogenannte „Zellstation", die wir unter *Cramer*s Direktion allmählich durch Umbauten auf etwa 5 Einzelzimmer reduzierten. Sie hat sich gut bewährt, seitdem neben den Einzelzimmern dort ein besonderer Wachsaal mit Dauerbad angegliedert war. Auch in anderen großen Anstalten macht man gute Erfahrungen mit einer solchen nicht nur aus Isolierzimmern bestehenden Station, wenn Wachsaal, Dauerbad, Garten dabei ist und auch diese Räume gegen absichtlichen Zerstörungstrieb und impulsive Handlungen einigermaßen geschützt sind.

Dahin rechne ich etwas festere Fenster, die das sofortige Einschlagen der Scheiben, wie es besonders die reizbaren Psychopathen lieben, unmöglich machen. Ferner auch Gitter an den Fenstern! Ich sehe wirklich nicht ein, warum wir unser Pflegepersonal, das für die Krankenpflege ausgebildet ist, dazu verwenden sollen, in einer Wachabteilung als Statisten am geöffneten Fenster zu stehen, wenn wir uns dies durch Anbringung eines einfachen Gitters ersparen können. Und den Kranken ist es auch lieber, wenn sie gelegentlich ein Fenster selbst aufmachen und frische Luft hereinlassen können, als wenn dazu immer ein Pfleger gerufen und mit diesem wegen nicht geöffneten oder nicht verschlossenen Fensters gezankt werden muß. Im Verwahrungshaus in Göttingen hatte ich einen Korridor als Tageraum für die unruhigsten und reizbarsten Kranken so



eingerichtet, daß die geöffneten Fensterflügel an der Wand kurz angeschlossen werden konnten, weil ein Kranker einmal den Fensterflügel so herumriß, daß auch die festen Scheiben zerbrachen. Der Garten der unruhigen Abteilung soll und braucht nicht an den alten „Tobhof" zu erinnern. In Göttingen hatten wir in diesem Garten einen Kaninchenstall, den die Kranken selbst gebaut hatten, Rasenplätze und Blumenbeete und Einrichtungen für Bäder im Freien. Für wesentlich halte ich es aber, daß man in einer größeren Anstalt die Möglichkeit hat, erregte Kranke sich im Freien aufhalten und betätigen lassen zu können, ohne daß andere Kranke oder Besucher sich fortwährend an der Unruhe, dem Lärm oder der mangelhaften Toilette solcher Kranken stoßen und davon übertriebene Berichte in die Öffentlichkeit tragen.

Auch in der Klinik oder kleineren Aufnahmestationen wäre eine kleine derartige Abteilung erwünscht, läßt sich aber des beschränkten Raumes wegen meist schwer durchführen; auch hat man da gewöhnlich nicht so viele unruhige Kranke. Man wird also hier das oder die Einzelzimmer in die Nähe der Aufnahmestation legen müssen. Das hat seine Nachteile, besonders wegen der Schallundichtigkeit der modernen Eisenbetonbauten. Es ist andrerseits auch nicht unvorteilhaft, wenn sich direkt neben dem Wachsaal und von ihm aus mit zu überwachen ein Einzelzimmer befindet, das ja nicht immer für unruhige Patienten verwendet wird.

So wertvoll auch die Wachsaalbehandlung für die frische Psychose ist, läßt sich doch nicht leugnen, daß es mancher nicht verwirrte und über seine Umgebung orientierte Patient drückend und peinlich empfindet, mitten unter allen möglichen fremden Menschen liegen zu müssen, von denen zudem noch viele ihre menschlichsten Bedürfnisse ungeniert betätigen; und dieses Empfinden haben durchaus nicht nur die Leute, die sich die Mehrausgabe einer höheren Verpflegungsklasse leisten können. *Cramer* mit seinem gesunden Gefühl für die Realitäten des Lebens hat auf diesen Nachteil der Wachsaalbehandlung oft hingewiesen; auf seine Anregung wurden auf der ruhigen Wachstation in Göttingen einzelne Betten durch eine zwischengebaute Glaswand voneinander separiert, und in der Anstalt für psychopathische Fürsorgezöglinge hat er das Projekt eines Wachsaales mit radial gestellten und von der Nachtwache kontrollierbaren Einzelkojen zu verwirklichen gesucht. Die Aufgabe des Isolierzimmers, neben dem Wachsaal einem ruhigen, überwachungsbedürftigen Patienten einen von den übrigen etwas getrennten Aufenthalt zu gewähren, sollte man bei der Neuanlage von Wachstationen deshalb nicht übersehen. Das Isolierzimmer läßt sich leicht so einrichten, daß es sowohl für die vorübergehende Beherbergung eines unruhigen Kranken wie für die freundliche Ausstattung zur Aufnahme eines ruhigen Kranken geeignet ist.



3. Die **Narkotika**. Auch diese „chemische Zwangsjacke“ sollte eine Zeitlang durch die neueren Behandlungsmethoden überflüssig werden. Daß dies erreicht ist, scheint mir nach den zahlreichen neuen Präparaten, die unsere Industrie alljährlich auf den Markt wirft, zweifelhaft.

Im ganzen glaube ich auch, daß ihre Anwendung zur Beruhigung erregter Kranken am wenigsten der Gefahr des Mißbrauchs ausgesetzt ist. Denn ihre unbeschränkte Anwendung verbietet sich einmal dadurch, daß man die Höhe der Dosen nicht beliebig steigern kann und in vielen Fällen sehr bald die Unwirksamkeit der Narkotika erkennt, außerdem auch aus finanziellen Gründen. Es scheint mir aber eine der wichtigsten und dankbarsten Aufgaben eines Anstaltsleiters oder selbständigen Oberarztes zu sein, von Zeit zu Zeit den Bericht über die auf einer Abteilung gebrauchten Narkotika zu kontrollieren und von den ordinierenden Kollegen darüber Rechenschaft zu fordern; damit ist auch ein zu freigebiger Gebrauch einzudämmen.

Wendet man aber solche Vorsichtsmaßregeln an, so kann man die chemischen Beruhigungsmittel nicht als Zwangsmittel bezeichnen, namentlich wenn sie nur als Vorbereitung auf andere, besonders hydrotherapeutische Maßnahmen benutzt werden oder nur dazu dienen, eine heftige Erregung, dauernde motorische Unruhe auf ein für den Kranken und seine Umgebung erträgliches Maß herabzumindern, nicht ganz zu lähmen. Es kommt dazu, daß die Auswahl der von der Industrie zur Verfügung gestellten Mittel und ihre Kombination miteinander und mit Herzmitteln die Möglichkeit gewährt, abzuwechseln, Kumulationen und andere Schädigungen zu vermeiden. Wünschenswert wäre es nur, noch genauere Indikationen der einzelnen Mittel für spezielle Formen der Erregung zu finden; dabei darf man hier wohl weniger Spezifizierung nach den Krankheitseinheiten als nach den symptomatischen Bildern erwarten, zum Beispiel in der Weise, daß für die halluzinatorische Erregung, für die ängstliche Erregung, für die primäre motorische Unruhe verschiedene Mittel sich wirksam erweisen. Bei dem unter unseren Aufnahmen sehr häufigen Delirium tremens geben wir gar keine Narkotika (aber auch keine Dauerbäder) und kommen mit der Darreichung von Herzmitteln aus.

Die vielgepriesene Trias der modernen Irrenbehandlung sind die



Bettruhe, die Bäder und die Beschäftigung der Kranken. Sehen wir zu, ob sie allen Bedürfnissen gerecht werden.

4. Die Bettruhe. Hier darf vielleicht einmal darauf hingewiesen werden, daß *Ludwig Meyer* schon 1866 in der damals neuen Göttinger Anstalt für jede Geschlechtsseite einen Wachsaal mit regelmäßiger Bettbehandlung für die frisch aufgenommenen Kranken eingerichtet hatte, also lange vor der Zeit, in der die „Bett- und Wachsaalbehandlung" Gemeingut aller Anstalten wurde.

Zweifellos ist es nicht nur in bezug auf die äußere Gestaltung der Anstalten, sondern vor allem für den ganzen Charakter und Ton des Anstaltsbetriebes von größter Bedeutung geworden, daß die ausgedehnte Anwendung der Bettbehandlung die Anstalt weitgehend dem gewöhnlichen Krankenhaus ähnlich gemacht hat. Man darf aber bei dem Bestreben, diese Ähnlichkeit noch weiter zu treiben, nicht vergessen, daß das wünschenswerte Ideal der Irrenbehandlung nie ganz identisch sein wird mit der Behandlung rein körperlich Kranker.

Wenn ein an Pneumonie, an einem chirurgischen Leiden erkrankter Mensch statt 4 bis 8 Wochen 1, 2 und noch mehr Jahre in dem modernsten und komfortabelsten Krankenhaus zubringen müßte — dabei noch bezüglich seines Verkehrs, seiner Korrespondenz so überwacht würde, wie es nun einmal bei vielen Geisteskranken nötig ist —, er würde es trotz aller modernen Einrichtungen nicht aushalten und unzufrieden werden. Die Aufgabe wenigstens der großen Irrenanstalten ist bei sicher $^2/_3$ ihrer Insassen weniger eine tägliche Behandlung als eine Unterbringung, die den Kranken und das Publikum vor den aus seinem krankhaften Geisteszustand hervorgehenden Schädigungen bewahrt. Soll diese Unterbringung einigermaßen den Kranken befriedigen, so muß die Anstalt über Einrichtungen verfügen, die sie weitgehend vom Krankenhaus unterscheiden: Tageräume, Gelegenheit zur Beschäftigung und zur Erholung, Einrichtungen, um Kranke entgegen ihrem Willen möglichst ohne Eingreifen des Personals zurückzuhalten. Das eben Gesagte ist ja jedem Praktiker bekannt; aber man hört die Phrase, die moderne Irrenanstalt sei nichts anderes als ein körperliches Krankenhaus, so oft, daß doch einmal ihre prinzipielle Unrichtigkeit festgestellt werden muß.

Auch die Bettbehandlung der Irrenanstalt unterscheidet sich einigermaßen von der des Krankenhauses, weil sie untrennbar verbunden sein muß mit der Durchführung eines sehr sorgfältigen Wachdienstes, wie ihn das Krankenhaus höchstens für einige Schwerkranke kennt. Bettbehandlung und Wachsaal gehören zusammen und sind ohne einander nicht durchführbar.

Daß dazu eine wirklich geschulte Nachtwache nötig ist, darüber sind sich heute wohl alle Praktiker einig; daß alle Nacht eine andere Pflegerin, die tagüber Dienst hat, müde, verdrossen und schläfrig im Wachsaal sitzt, ist auch, wenn zufällig einmal nichts passiert, kein ausreichender Wachdienst. Hier darf darauf hingewiesen werden, daß Uchtspringe wohl die erste deutsche Anstalt war, an der — schon 1895 — die Dauernachtwache systematisch durchgeführt wurde. Weiter ist zu einer sachgemäßen Durchführung der Bettbehandlung erforderlich, daß man — auch an kleineren Anstalten und Aufnahmeasylen — nicht eine, sondern mindestens zwei Wachstationen, am besten aber drei für jede Geschlechtsseite hat, nämlich den ruhigen Wachsaal für die frischen Aufnahmen, die äußerlich ruhig und geordnet, aber dringend überwachungsbedürftig sind, die Wachstation für motorisch unruhige, lärmende Kranke und womöglich noch eine Abteilung, in der körperlich schwer Kranke, gebrechliche, sieche Kranke hauptsächlich zur Verhinderung von Unreinlichkeit und Dekubitus unter dauernder Wachaufsicht gehalten werden. Nur so kann man neu aufgenommenen Melancholikern, Grenzzuständen, Neurasthenikern, wie sie heute jede Anstalt bekommt, den unangenehmen Eindruck lärmender oder durch Unreinlichkeit störender Kranken ersparen, ohne das Erfordernis einer sorgfältigen Wache zu umgehen. Und eigentlich wird nur die „ruhige Wachabteilung" eine weitgehende Ähnlichkeit mit einer Krankenhausstation aufweisen; deshalb sollte sie aber auch nicht die neuerdings so beliebten Klosette im Wachsaal, sondern in einem leicht kontrollierbaren Nebenraum enthalten.

Wir wissen heute, daß wir auch bei frischeren Fällen geistiger Störung die Bettbehandlung nicht übertreiben dürfen. Wir lassen die Kranken nicht mehr alle im Bett, bis die Erscheinungen, welche die Aufnahme und Bettruhe nötig machten, abgelaufen sind. Stuporösen Katatonikern bekommt die lange fortgesetzte Bettruhe nicht besonders; dasselbe gilt von manchen Paralysen; sie bekommen bei zu lange fortgesetzter Bettruhe Lähmungen und Kontrakturen. Und auch für die erregten Kranken ist die Bettruhe kein Allheilmittel. Deliranten, deren Herzverhältnisse nicht zu schlecht sind, lassen wir, wenn auch unangezogen, ruhig umherlaufen, geben sie auch, wenn es geht, ins Freie und erreichen damit so viel wie mit Dauerbädern. Bei der wirklichen Manie und bei der manischen Phase der Dementia praecox, bei Erregungszuständen der Idioten muß man sehr häufig die Bettbehandlung abbrechen und sieht erstaunt, daß der so ungebärdige Kranke sich ruhig ankleidet, seine Kleider anläßt und sich im Tageraum oder Garten sachgemäß beschäftigt. Hier lassen sich keine Regeln aufstellen: immer wieder probieren und durch einen

Mißerfolg nicht abgeschreckt werden, ist das einzig Mögliche. Jedenfalls kommt man damit weiter, als wenn man den unruhigen Kranken mit eiserner Konsequenz aus dem Bett ins Dauerbad und von da wieder ins Bett schleppt und dazwischen schwer narkotisiert. Dagegen ist allerdings in anderen Fällen eine systematische Vorbereitung des unruhigen Kranken wenigstens für die nächtliche Bettruhe von Erfolg, indem man ihn mit kleinen, wiederholten Dosen von narkotischen Mitteln versieht, ihn dabei aufstehen läßt, dann nachmittags einige Stunden ins Bad gibt und ihn gegen Abend zu Bett bringt. Wertvoll ist es auch, leichter unruhigen Kranken im Bett eine ablenkende Beschäftigung zu geben: Stricken mit Holznadeln, Klosettpapier anfertigen, Düten kleben, Hülsenfrüchte auslesen usw. Daß ohne solche Abwechslung die lange fortgesetzte Bettbehandlung wohl abstumpfend, aber nicht beruhigend wirkt, geht schon aus dem Verwaltungsbericht hervor, in welchem über einen gefährlichen Verbrecher nach raffinierten Entweichungsversuchen gesagt wurde: „Wir haben ihn behufs rascherer Verblödung von jetzt ab mit Bettruhe behandelt."

5. Die Dauerbäder. Auch hier sei ein kleiner historischer Exkurs gestattet: In den alten Bänden der Allg. Ztschr. f. Psych. finden sich einige von *Bresler* (Psych.-neur. Wschr. Bd. 14, S. 454) gelegentlich wiedergegebene Notizen, wonach schon vor 70 Jahren protrahierte warme Bäder zur Behandlung des akuten Wahnsinns verwandt wurden. In Uchtspringe haben wir schon 1894 Manien mit Tag und Nacht fortgesetzten Bädern behandelt. Aber erst nach 1900 fanden die Dauerbäder allgemeinen Eingang und sollten nun alle anderen Mittel in der Behandlung der unruhigen und erregten Kranken ersetzen.

Die Dauerbäder sind weder in der baulichen und technischen Einrichtung, noch im Betrieb eine billige Behandlungsmethode. Baulich ist die Frage, ob man die Dauerbäder neben dem Wachsaal einrichten oder in einem besonderen, etwas entfernten Raum legen soll. Die letztere Einrichtung wird empfohlen, um die im Bad unruhigen Kranken für sich zu haben und gleichzeitig eine größere Zahl, etwa 4 bis 6 Kranke, unter Obhut eines besonderen Badepflegers lassen zu können. Wenn aber das Dauerbad wirklich seine beruhigende Wirkung ausübt, werden auch die übrigen Kranken des Wachsaals nicht von den im Bad befindlichen Kranken belästigt. Die besonders gelegene Bade-



stube hat zudem noch den Nachteil, daß ein Pfleger dort für sich allein ist; er wird in dem heißen, dampfgefüllten Raum leicht ermüden, oder es ist nicht immer Hilfe bei der Hand, wenn ein oder mehrere Kranke unruhiger werden. So werden, nachdem der erste Enthusiasmus für die Dauerbäder sich abgekühlt hat, ihre Erfolge auch nicht mehr eingeschätzt, daß man etwa eine richtige Wachstation einrichten wollte, in der statt der Betten Badewannen stehen, die dauernd von unruhigen Kranken belegt sind. Nach meinen Erfahrungen erscheint es völlig ausreichend, wenn man direkt neben dem Wachsaal einen Baderaum mit zwei Wannen für Dauerbäder zur Verfügung hat. Der Badepfleger ist so in Seh- und Hörweite des übrigen Personals des Wachsaales, kann sich mit den anderen Pflegern verständigen und ihre Hilfe haben, und der Kranke kommt beim Beginn und Verlassen des Bades nicht wieder in andere Räume, sondern direkt aus dem Bett ins Bad und wieder zurück. Die Dauerbäder im Freien werden doch wohl mehr Kuriosa bleiben, schon weil man aus klimatischen Rücksichten nur wenige Monate davon Gebrauch machen kann; in Göttingen waren sie bei den Kranken sehr beliebt.

Die teuren Mischbatterien, welche die automatische Regulierung der Wassertemperatur ermöglichen sollen, bewähren sich nur, wenn bei der ganzen Anlage der Wasserleitung von vornherein Bedacht darauf genommen ist, daß der Druck des kalten und warmen Wassers gleich stark ist. Wenn nachträgliche Einrichtungen geschaffen werden sollen, ist es billiger und sicherer, darauf zu verzichten und dem Personal die Verantwortung für die richtige Mischung und Kontrolle des Wassers zu übertragen.

Die Einrichtungen, durch übergespannte Segeltücher oder einen Blechdeckel mit Schlitz für den Kopf den Kranken gewaltsam im Dauerbad zu halten, ist geradezu ein Hohn auf die angeblich zwanglose Behandlung des Bades. Ich habe dies Verfahren noch vor zirka 10 Jahren in einer Anstalt gesehen, die — in Publikationen! — in der Behandlung der Erregungszustände ohne Isolierzimmer vorbildlich war. Jetzt ist es wohl überall beseitigt. Einlagen in die Wanne, wie sie zum Beispiel *Cramer* angab, um dem Kranken einen bequemeren Sitz und eine Ruhelage zu ermöglichen, sind zweckmäßig. Ich habe aber auch erlebt, daß ein erregter Katatoniker seine Finger in die Löcher der perforierten Blecheinlage steckte; dann schwollen die Finger an, und der Kranke lag wie ein Gekreuzigter auf der Unterlage; wir konnten ihn erst mit Hilfe einer Blechschere mühsam wieder befreien.

Wenn wir nun die Wirkung der Dauerbäder betrachten, so haben die letzten Jahrzehnte wohl erwiesen, daß sie ein in jedem Fall sicher wirkendes Beruhigungsmittel nicht sind. Viele Kranke sind auch nach sehr



langem Dauerbad noch ebenso unruhig wie zuvor; höchstens fällt ihre Unruhe nicht mehr so auf, weil sie eben nicht mehr im Wachsaal sich abspielt. Ob die Wirkung des Dauerbades nur bei bestimmten klinischen Formen versagt, ist mir zweifelhaft; kasuistisch erinnere ich mich besonders an Fälle schwer manischer Erregung (sogenannte verworrene Manie) und an manche motorische Erregungszustände der Katatoniker, die sich ganz refraktär erwiesen, während Deliranten, leichtere epileptische Erregungen, die Erregungszustände der Imbezillen besser reagieren. Man muß auch daran denken, daß neben der Einwirkung des warmen Wassers auf Blutzirkulation und Stoffwechsel doch auch das andere Moment des Dauerbades in Betracht kommt: wenn ich einen oder höchstens zwei Kranke unter Obhut eines besonderen Pflegers in einen gesonderten Raum bringe, wo sie in Reichweite nichts zu zerstören finden, sondern ihre Bewegungsunruhe dauernd an einem unzerstörbaren und doch nachgiebigen Material betätigen können, so ist das eine ideale Form der Isolierung oder Separierung, die nur in Anbetracht der aufgewandten Mittel an Wasser und Personal etwas teuer ist. Die zielbewußten Erregungen der Psychopathen mit Neigung zum Zerstören, Mißhandeln oder zu Selbstverletzungen — gerade diese Zustände stören am meisten den geordneten Anstaltsbetrieb — scheinen mir gar nicht für die Badebehandlung geeignet.

Die nächtlichen Dauerbäder oder die Fortsetzung des Dauerbades die Nacht hindurch haben wir in Uchtspringe und Göttingen ursprünglich auch angewandt, sind aber davon abgekommen, weil die Erfolge den aufgewandten Mitteln nicht entsprachen. Inzwischen habe ich noch folgende Erfahrung gemacht: in einer Anstalt, die (laut Publikation) ohne Narkotika arbeitete, war es üblich geworden, daß das Nachtwachpersonal jeden Kranken, der unruhig wurde, sei es mit, sei es ohne telephonisch eingeholte Genehmigung, ins Dauerbad brachte. Dabei ging es ohne Ringkämpfe zwischen Kranken und Personal nicht ab; die Folgen waren eine Anzahl von Krankenmißhandlungen, die sich, wie ich aktenmäßig feststellen konnte, gerade bei dieser Anwendung der Dauerbäder abspielten. In derselben Anstalt wurde bei „schwereren" Erregungszuständen reichlich von der feuchten Packung Gebrauch gemacht, aber so, daß Kranke bis zu 12 Stunden drin verblieben, und zwar in mehrere Bettlaken und mehrere Wolltücher eingewickelt und mit Sicherheitsnadeln zugesteckt. Eine derartige Maßregel ist keine hydrotherapeutische Prozedur mehr, sondern eine Zwangsjacke in der schlimmsten Form, die noch dazu viel bedenklicher für Atmung und Herztätigkeit werden kann als die alte Zwangsjacke. *Cramer*, der sonst kein Prinzipienreiter war, hat deshalb sich gegen die Anwendung feuchter Packungen auf das äußerste gesträubt und sie auch bei harmlosen Fällen und in kurzer Form nicht geduldet. Und wenn man einwenden wollte, daß eben solche Mißbräuche vermieden werden, wenn die Maßregel nur auf spezielle ärztliche Anordnung und unter ärztlicher Kontrolle ausgeführt wird — was ich für ganz selbstverständlich



halte —, so gilt das auch für das so sehr bekämpfte Isolierzimmer. Gewiß kommen auch da Mißbräuche vor, wenn die Isolierung ohne ärztliche Kontrolle oder unter einem in diesen Dingen nicht erfahrenen Arzt ausgeführt wird. Das darf aber kein Grund sein, das ganze Verfahren zu verwerfen, ebensowenig wie ich die feuchte Packung gänzlich verwerfe, deren Anwendung ich bereits im Jahre 1895 in Uchtspringe kennen gelernt und seitdem bei geeigneten Fällen geübt habe. Aber bei den schweren Fällen von Unruhe und Erregung, bei den Fällen, deren Behandlung uns gerade Mühe macht, wirkt die feuchte Packung nicht anders als durch ihren mechanischen Zwang und muß als solcher gewertet werden.

6. Die Beschäftigung. Darunter darf nicht nur die Zuteilung des Kranken an eine Arbeitskolonne oder Werkstätte oder Arbeitsstube verstanden werden, sondern das ganze Eingehen des Arztes und Pflegepersonals auf die Individualität des Kranken. Wenn man die Beschäftigung des Kranken und mit dem Kranken in diesem Sinne nimmt, dessen ideale Ausführung wir ja nie erreichen werden, dann ist sie allerdings das vornehmste und beste Behandlungsmittel auch bei sehr vielen Erregungszuständen, an denen wir andere Mittel ohne Erfolg und höchstens zum Nachteil der Kranken verschwendet haben.

Es gibt klinisch kaum einen Zustand von Unruhe und Erregung, der nicht schon — in einzelnen Fällen — günstig beeinflußt worden ist dadurch, daß der Kranke aus dem Isolierzimmer, aus dem Bett oder Bad herausgenommen, in seine Kleider gesteckt und an eine geeignete Arbeit gestellt wurde. Und wenn es zehnmal mißlingt, das elfte Mal gelingt es dann doch. Daß die manischen, auch die paralytischen Erregungen hierzu sich ganz besonders eignen, ist bekannt; es geht aber auch bei Erregungszuständen und motorischer Unruhe der Katatoniker, ebenso wie bei den Stuporzuständen dieser Kranken. Dasselbe gilt für die reizbaren, ethisch Defekten, zu kriminellen Handlungen geneigten Psychopathen. Man muß nur die Umgebung einigermaßen vor impulsiven Handlungen schützen können. Zur Wirkung der Beschäftigung trägt natürlich auch bei — und das gehört mit dazu: der Wechsel des Aufenthalts und der Umgebung, die Einwirkung der frischen Luft bei der Arbeit, im Freien und andere Momente, die ja oft genug geschildert worden sind. Auch die Art der Beschäftigung: wenn in einer Abteilung krimineller Kranken jahraus, jahrein in Rücksicht auf die Sicherheit nur Düten geklebt oder Federn geschleißt werden, so ist das allerdings nicht geeignet, von Reizbarkeit und Erregung abzulenken. Im Verwahrungshaus in Göttingen hatte ich seit der Eröffnung von 60 Kranken zirka 40 bis 45 ständig beschäftigt, und zwar meist mit handwerksmäßigen Arbeiten: Tischler, Schuhmacher, Korbflechter, Buchbinder, Mattenflechter usw. Gerade in solchen Verwahrungshäusern, die nicht die Möglichkeit gärtnerischer oder landwirtschaft-

licher Betätigung haben, müssen Arbeitsformen eingeführt werden, die etwas Anregung bieten. Das läßt sich nach meiner Erfahrung technisch gefahrlos durchführen, namentlich mit Hilfe der hier reichlich zu Gebote stehenden Einzelzimmer; mir ist in 3 Jahren im Verwahrungshaus kein Unglücksfall passiert.

Zu den Erregungszustände günstig beeinflussenden Umständen gehört weiter die häufige Verlegung auf andere Abteilungen und unter eine andere Umgebung, ein Mittel, das ja in größeren Anstalten zur Verfügung steht. Und endlich gehört dazu, daß der Kranke bei allem, was man mit ihm vornimmt, Verlegung, Beschäftigung oder Behandlung, das Bewußtsein hat, daß die verantwortliche Stelle sich gerade um ihn speziell kümmert und die Maßnahmen seiner Individualität entsprechend auswählt.

Zur Beruhigung eines unzufriedenen, reizbaren, querulatorischen Kranken tut man mehr, wenn man ihm einmal außer der Reihe persönlich einen Brief besorgt oder sonst etwas, woran er das persönliche Interesse wahrnimmt, als wenn man ihn nach allen Regeln der Psychiatrie mit den üblichen Beruhigungsmitteln behandelt oder durch das Personal behandeln läßt. In dieser Beziehung haben die kleineren Anstalten zweifellos den Vorteil, in denen der dirigierende Arzt wenigstens die Möglichkeit hat, mit jedem Kranken gelegentlich einmal zu sprechen, wenn er sich auch dazu erst über dessen Verhältnisse noch etwas orientieren muß. Die Menschen sind nun einmal so, daß sie von dem, der an der allerobersten Spitze irgendeiner Organisation steht, immer noch etwas mehr erwarten als von jeder wenn auch noch so selbständigen nachgeordneten Stelle. Und ich glaube, wir dürfen auch bei den schweren und chronischen Geisteskranken in dieser und vielen anderen Beziehungen nicht zu sehr der normalen Durchschnittspsychologie fremdartige Gedankengänge vermuten. Jedenfalls die Neigung, alle ihre persönlichen Angelegenheiten und Anliegen, auch die kleinsten, als das wichtigste, als den Mittelpunkt ihrer Umwelt zu nehmen, teilen sie mit den meisten normalsinnigen Menschen; wer in der Behandlung dieser Auffassung Rechnung trägt, erzielt gute Erfolge bei der Bekämpfung der Erregung und Reizbarkeit.

Vielleicht zeigt die vorstehende Betrachtung, daß keine der Maßnahmen, die der modernen Anstalt zur Verfügung stehen, für sich allein ausreicht, alle Erregungszustände zu beseitigen. Unsere Aufgabe ist es, sie für jeden Fall kritisch auszuwählen und individuell anzuwenden, wobei wir uns vor spezieller Bevorzugung oder Ausschließung eines Mittels und vor der schematischen, dem Personal überlassenen Anwendung aller Mittel hüten müssen. Das ist nur möglich, wenn sich der Anstaltsleiter durch die „Verwaltungstätigkeit“ nicht ganz von



seiner vornehmsten Aufgabe, der ärztlichen Leitung, abdrängen läßt oder wenn die Tätigkeit der anderen Ärzte so gestaltet ist, daß sie sich persönliches Interesse, Elastizität und Initiative bewahren, um immer wieder persönlich einzugreifen, zu prüfen, Versuche zu machen und der Individualität des Kranken gerecht zu werden. Dann wird es mit den aufgezählten Behandlungsmethoden gelingen, ohne groben Zwang der größten Zahl der krankhaften Erregungszustände Herr zu werden, der krankhaften in dem Sinne, daß sie bei ausgesprochen psychotischen Zuständen auftreten. Die Reizbarkeit, die Affektausbrüche, impulsiven oder zielbewußten gewalttätigen und insozialen Handlungen der Grenzzustände, die ich hier öfter erwähnt habe, werden wir auch mit diesen Maßnahmen nicht ganz aus der Anstalt entfernen können. Hier erhebt sich dringend der Wunsch nach allmählicher Entfernung dieser mehr insozialen als kranken Elemente aus der eigentlichen Irrenanstalt, wenn diese nicht allmählich ihren Charakter als Krankenanstalt, als „Heil- und Pflegeanstalt“ verlieren soll.

Die zahnärztliche Behandlung in Irrenanstalten.

Von

Dr. phil. **Kühns**, Zahnarzt, Hannover.

Nachdem die physiologische Bedeutung der Zähne als wichtige Organe für die Erhaltung der Gesundheit jetzt eine allgemeine Würdigung gefunden hat, ist es nur noch eine formelle Frage, wann der Zahnheilkunde als vollberechtigten medizinischen Wissenschaft gleiche Stellung mit den übrigen medizinischen Spezialwissenschaften eingeräumt werden soll.

Nur der Umstand, daß das Studium derselben durch die wesentlich mit ihr verbundene Prothetik andere Wege als die allgemeine Heilkunde notwendig macht, hat noch verhindert, daß ihr als ebenbürtiger Schwester gleiche Rechte eingeräumt sind. Aber es kann keinem Widerspruch mehr begegnen, daß, wie überhaupt, so auch bei den in den Irrenanstalten untergebrachten Kranken eine ausgedehnte zahnärztliche Behandlung nicht mehr ausgeschaltet werden darf, wenn man sich nicht dem Vorwurfe ungenügender Fürsorge für deren körperliches Wohl aussetzen will. Herrn Prof. Dr. *Alt* gebührt das Verdienst, soweit mir bekannt, als erster diese Notwendigkeit erkannt und derselben in der ihm unterstellten Landesheil- und Pflegeanstalt Uchtspringe durch Errichtung einer zahnärztlichen Station und regelmäßiger zahnärztlicher Behandlung der Insassen Rechnung getragen zu haben.

Es ist ja eine Forderung allgemein ethischer und sozialer Natur, daß die Fürsorge für die Erhaltung so wichtiger Organe für die Gesundheit und das Wohlbefinden auch während des Aufenthaltes der Kranken in den Anstalten in vollem Maße Berücksichtigung finde, daß zahnärztliche Stationen geschaffen und eine stete zahnärztliche Aufsicht, Behandlung und Zahnpflege in allen Anstalten für Irre platzgreifen müßte.



Ist dem schon aus allgemein menschlichen Rücksichten Geltung zu verschaffen, so wird sie aus hygienischen Gründen zu einer besonders berechtigten. Eine ungepflegte Mundhöhle ist der Aufenthaltsort üppig wuchernder Bakterien aller, auch gelegentlich pathogener Art; die Anhäufung solcher Individuen in den Schlafsälen und ihre nahe Berührung schon ist als eine stete Infektionsgefahr anzusehen. Sie wird es mehr noch angesichts der rapid wachsenden Degenerationserscheinungen des menschlichen Gebisses, des hohen Prozentsatzes kranker Zähne mit ihren in Fäulnis befindlichen Speiseresten und der damit sowohl für den Träger als seine Umgebung bedingten Folgen.

Wird bei den doch vielfach mit Anämie und rachitischer Veranlagung behafteten Geisteskranken während eines auch nur ein oder wenige Jahre dauernden Anstaltsaufenthalts jegliche Zahnfürsorge ausgeschaltet, so muß ein hochgradiger Verfall der Zähne die Folge sein.

Besonders aber ins Gewicht fällt, daß die gleichen Ursachen, welche in den weitaus meisten Fällen die Veranlassung zu geistiger Erkrankung bilden, alle Arten erblicher Belastung konstitutioneller Art, auch gerade auf die Degeneration des menschlichen Gebisses, der Kiefer und der Zähne, hinwirken und auf diese von ganz besonders schädlichem Einflusse sind. Nirgends finden wir eine solche Häufung von Anomalien der Kieferbildung, abnormer Größenmaße, der Zahnstellung, ihrer Unter- und Überzahl sowie der Form- und Größenverhältnisse der Zähne als bei Idioten, so daß *Näcke* dieselben auf 100% angibt. In einem Zeitraum von 8 Jahren zahnärztlicher Tätigkeit in der Heilanstalt zu Uchtspringe und in der von mir dort angelegten Sammlung von Gebißmodellen von Idioten ist mir kein Fall vorgekommen, der frei von jeglicher Anomalie war.

Dr. *Bourneville*, Arzt an der Irrenanstalt Bicêtre, hebt das vermehrte Volumen der Unterlippe (bei Skrofulösen das der Oberlippe) bei Blödsinnigen hervor, den großen, meist geöffneten Mund. „Die Zähne sind nur ausnahmweise schön und symmetrisch, meist schwarz oder gelblich und von unregelmäßiger Stellung. Die großen Schneidezähne nach vorn geneigt, immer sehr breit und kürzer als die seitlichen Schneidezähne, vielfach mit Schmelzatrophie behaftet. Die unteren Incisivi meist verlängert, nach den Schneiden zu atrophisch. Der Zahnbogen meist unregelmäßig, oft Zickzackgebiß, die Okklusion der Zahnreihen mangelhaft."

Besonders häufig ist der harte Gaumen bei Degenerierten von anormaler Bildung.

Petersons, der 1000 Geisteskranke, 100 Verbrecher, 600 Idioten und 500 Neuropathen untersucht hat, glaubt sich zu dem Ausspruch berechtigt: „Zeig mir deinen Gaumen, und ich werde wahrscheinlich dir sagen können, ob du zu der großen Klasse der durch Heredität Entarteten gehörst, die viele Geisteskranke, Schwachsinnige, Verbrecher, Exzentrische, Epileptiker, Hysterische oder Neurasthenische in sich schließt." Wenn er den defor-



mierten Gaumen für sich allein auch nicht als Stigma der Degeneration aufgeführt wissen will, so deutet er ihn doch als solches, sobald er mit Anomalien des Schädels und des Ohres und anderen Degenerationszeichen verbunden ist.

Talbot fand 43% abnormer Gaumen bei 1605 Schwachsinnigen. *Ireland* schätzt die Zahl auf 50%, *Charon* fand 82% bei Idioten, 76% bei Epileptikern, 70% bei Hysterischen, 35% bei allgemeiner Paralyse. Diese anomale Gaumenbildung besteht entweder in Asymmetrie oder dem sogenannten V-förmigen Kiefer, prognathischem Überstehen des Oberkiefers, sattelförmiger Gestalt des Zahnbogens oder der als Torus palatinus bezeichneten, mehr oder minder großen exostotischen Bildung der Sutura palatina.

Daß namentlich bei den vielen mit rachitischer Veranlagung befallenen Geisteskranken neben schwach entwickelten Zähnen auch die Stellungsanomalien derselben sehr häufig sind, ergibt sich aus dem Umstande, daß die Rachitis gerade auf das Größenwachstum der Kiefer hemmend einwirkt. Da von dieser Beeinträchtigung die Zähne in bezug auf ihre Größe nur in seltenen Fällen mitbetroffen werden, so entsteht ein Mißverhältnis zwischen beiden, die Zähne stehen sehr oft stark gedrängt und unregelmäßig in einem zu kleinen Kiefer, und die später durchbrechenden finden den ihnen zukommenden Platz nicht mehr frei. Die kleinen Schneidezähne z. B. stehen häufig gaumenseits hinter den mittleren, die beiden Bicuspidaten finden wir oft im Dreieck mit dem ersten Molaren stehen. Noch verschlimmert wird dieser Zustand dadurch, daß durch die fehlerhafte Stellung der durchbrechenden Zähne die Resorption der Milchzahnwurzeln nicht normal erfolgen kann, sie bleiben häufig zwischen den bleibenden Zähnen stehen und bieten so weiteren Unterschlupf für Fäulnisstoffe und zur kariösen Zerstörung ihrer Nachbarn. Nicht ganz selten habe ich bei Idioten drei und mehr solcher Milchzahnreste in einer Kieferseite vorgefunden.

Schon dieser Umstand sollte eine zahnärztliche Beaufsichtigung der im Zahnwechsel befindlichen Schwachsinnigen als nötig erscheinen lassen.

Zwingen freiliegende, entzündete Pulpen durch die damit verbundenen Schmerzen gesunde Menschen bald zur Behandlung derselben, sei es durch Abtöten derselben oder letzten Falles durch die Extraktion des Übeltäters, so werden diese bei indolenten Geistesschwachen, wenn sie unbeachtet bleiben, oft zu erheblich nachteiligeren Folgen Veranlassung geben.

Das Unvermögen, mit derartig erkrankten Zähnen zu kauen, wird oftmals Nahrungsverweigerung zur Folge haben, wie sie ja so häufig bei Melancholikern beobachtet wird, die später nicht selten auftretenden Erkrankungen des Periostes bedingen Kiefererkrankungen und Eiterungen, die lange Zeit unbemerkt bleiben können; der Eiter wird mit verschluckt oder gefährdet durch Senkung tieferliegende Organe.

Wie freiliegende Pulpen oftmals die Ursache heftiger Trigeminusneuralgien sind, so geben sie nachgewiesenermaßen auch oft Veranlassung zu epileptischen Anfällen. *Hirschkron* führt solche Fälle an, auch *Bruraker*, *Bakowski* und *Liebert*, ebenfalls kann die Dentitio difficilis des Molar III solche reflektorische Wirkungen hervorrufen. *Halle* berichtet von einem Kranken, bei dem eine 20 Jahre lang bestehende Neurose durch Extraktion des Weisheitszahns geheilt wurde.

Es kann demnach wohl kaum bestritten werden, daß eine systematische zahnärztliche Behandlung der Anstaltsinsassen sowohl im allgemein menschlichen und hygienischen als im speziellen Interesse einer möglichsten Ausschaltung reflektorisch wirkender Reizursachen geboten, und daß die Konservierung der Zähne als notwendiger Organe zur Ernährung ebenso wie die Gesunderhaltung aller übrigen anzustreben ist.

Es fragt sich nun, in welchem Umfange die zahnärztliche Behandlung sich mit dem Verhalten der Irren und dem sonstigen Zuschnitt der Irrenanstalten vereinigen läßt. Es muß unbedingt zunächst gefordert werden, daß zur Behandlung nur Zahnärzte herangezogen werden. Viel mehr noch als bei geistig Gesunden ist zu fordern, daß es ausgeschlossen sein muß, daß Nichtapprobierte je zur Behandlung zugelassen werden, auch nicht zur Extraktion der Zähne. Welcher für das Wohl seiner Kranken bestellte Anstaltsleiter könnte wohl die Verantwortung für deren durch keine Wissenschaft kontrollierte Tätigkeit tragen? Auch die zahnärztliche Behandlung durch Ärzte, da sie allgemein wohl nur auf die Extraktion der Zähne sich beschränken würde, kann nicht als genügend betrachtet werden.

Soweit es der sonstige Zustand des Kranken erlaubt, sollte eine volle konservative und prothetische Behandlung auch der Geisteskranken das Ziel sein. Dazu ist die Errichtung einer zahnärztlichen Station notwendig und die Anstellung eines Zahnarztes, der in regelmäßigen Zwischenräumen nach Bedarf in Tätigkeit tritt.

Gar bald gewöhnen sich die Kranken an eine wiederkehrende Kontrolle, sobald es dem Zahnarzt gelingt, durch eine zielbewußte, aber freundliche Behandlung der Kranken deren Mißtrauen zu besiegen, durch ein schnelles und sicheres Eingreifen sich ihre Anerkennung zu erwerben. Selten habe ich so viel Dankbarkeit für meine auch mit nicht zu umgehenden Schmerzen verbundene Tätigkeit gefunden als bei den Irren. Freilich wird man auch oft einer scharfen Kritik gegenüber ihrer in der Freiheit noch genossenen zahnärztlichen Behandlung ausgesetzt sein.

Bei schmerzhaften Eingriffen die Narkose auszuschalten, liegt kein Grund vor; auch namentlich die heute fast ausschließliche Anwendung lokaler Anästhesie wird meistens anstandlos vertragen und dankbar empfunden. Oftmals macht ja freilich die Tolarenz und Unempfindlichkeit



gegen Schmerzen bei an Manie Erkrankten jegliches Narkotikum überflüssig.

Wenn auch während gelegentlicher Erregungszustände der Kranken zahnärztliche Eingriffe selbstverständlich nicht vorgenommen werden sollen, so können sich solche trotz aller Vorsicht während oder nach zahnärztlicher Behandlung ereignen, ebenso wie epileptische Anfälle. Deshalb ist außer der selbstverständlichen Assistenz durch eine Pflegerin auch die stete Hilfsbereitschaft eines Pflegers anzufordern. Wie weit die zahnärztliche Tätigkeit sich in jedem Falle zu erstrecken hat, muß dem Urteil des Zahnarztes überlassen bleiben und sich im Einverständnis mit dem Anstaltsarzt wesentlich nach der Behandlungsmöglichkeit des Kranken richten.

Viel häufiger wird man zur Zange greifen müssen, wo bei Normalen eine Füllung noch möglich gewesen wäre; bei den mehr oder weniger Verblödeten wird dies sogar die Regel sein. Wenigstens aber sollte auch bei ihnen auf die Zahnwechselerscheinungen Acht gegeben und Zähne, die aus irgendwelchen Gründen nicht zu erhalten sind, aus hygienischer Rücksicht entfernt werden. An künstliche Gebisse gewöhnen sich die Kranken meist recht bald, sie pflegen sie als einen großen Schatz zu betrachten, den sie meist sorgsam behüten. Daß bei diesen auf den festen Sitz und große Haltbarkeit besonderer Wert gelegt werden muß, ist eine selbstverständliche Forderung; aber für ihre Beschaffung, wo sie aus physiologischen Gründen notwendig und sonst zulässig sind, sollten auch etatsmäßige Mittel vorhanden sein. Nicht ganz selten wird ja eine kräftige Ernährungsmöglichkeit die Vorbedingung zur Wiedergenesung sein. Obligatorisch eingeführt muß der Gebrauch der Zahnbürste werden; die durch das hygienische Komitee der Conféderation Dentaire Internationale empfohlen, in allen Kulturländern gleichmäßig eingeführte, gute und billige Zahnbürste „der Zahnfreund“ [1]) kann wohl jede Verwaltung ihren Kranken gewähren. Wenigstens morgens, noch besser auch abends, sollte eine Reinigung der Zähne mittels Bürste und einprozentigem Salzwasser obligatorisch stattfinden. Daran werden die meisten Insassen zu gewöhnen sein.

Alles in allem: Eine möglichst auch auf die Erhaltung und Ersatz der Zähne ausgedehnte zahnärztliche Behandlung und eine geregelte Zahnpflege ist aus allgemein hygienischen Gründen und spezieller Rücksicht auf die Gesundheitsverhältnisse der Insassen in allen Anstalten für Geisteskranke eine nicht mehr abzuweisende Forderung.

Erfreulicherweise ist diese Erkenntnis bereits in vielen größeren Irrenanstalten durch Errichtung zahnärztlicher Stationen zum Ausdruck gekommen.

---

[1]) Generalvertretung für Deutschland: Dr. *Roth*, Straßburg i. E.



Literatur.

Bourneville, Dr., Gaz. des hôpitaux 1864.
Peterson, Deform. d. hart. Gaumens b. Degen. Intern. Dent. Journ. Bd. 16, Dez. 1895.
Näcke, *P.*, Dr., Arch. f. Psych. Bd. 25, S. 478.
Hirschkron, Wien. Deutsche Ärzte-Ztg. 1902.
Halle, *Herm.*, Dr., Deutsche Monatsschr. f. Zhhlkd. 1899, S. 36.



Über Calmonal (Bromcalciumurethan)[1].

Von

Oberarzt Dr. **Bufe,** Uchtspringe.

Auf Anregung von *Alt* haben *Hoppe* und *Fischer* [1] im Jahre 1911 Bromcalciumharnstoff (Ureabromin) von der Formel $Ca\,Br_2\,4\,CO(NH_2)_2$ in den Arzneischatz eingeführt. Nach den in Uchtspringe (einschließlich Kurhaus Wilhelmshof) und anderwärts von *Böhmig* [2], *Jach* [3], *Mangelsdorf* [4 5], *Johannessohn* [6], *Schwabe* [9 10] und *Jödicke* [11] gewonnenen Erfahrungen entfaltet das Ureabromin bei weitgehendster Vermeidung von Bromintoxikationserscheinungen eine ausgezeichnete Bromwirkung. Gute Arbeit des Herzens und der Nieren ist Vorbedingung für Fernhaltung des Bromismus. Das im Ureabromin enthaltene Calcium wirkt günstig auf das Herz, der Harnstoff befördert die Nierenausscheidung und sorgt dadurch für Schonung der Haut.

Bromakne unterbleibt oder verschwindet bei Darreichung von Ureabromin zuallermeist in überraschender Weise; dasselbe gilt vom fötor ex ore, vom Appetitmangel, von den psychischen Veränderungen (Reizbarkeit, Stumpfheit). Verf. [8] konnte auf Grund der im Kurhaus Wilhelmshof gemachten Beobachtungen feststellen, daß das Ureabromin im Gegensatz zu den Bromalkalien von der schwerererkrankten Magenschleimhaut vorzüglich vertragen wurde. Daß Calciumverbindungen des Broms ganz allgemein weniger giftig wirken als die Bromalkalien, hat kürzlich erst *Frey* [12] dargetan, welcher zufolge eingehender Versuche empfiehlt, zur Vermeidung der entzündlichen Erscheinungen der Haut und Schleimhaut bei Bromkuren calcium bromatum zu verwenden.

Ureabromin enthält 36% Brom, welches nach den Untersuchungen von *Hoppe* und *Fischer* [1] aus dem menschlichen Organismus schneller ausgeschieden wird als das Brom der Bromalkalien. Hierauf mag die bereits betonte relativ geringe Toxizität des Ureabromin zum großen Teil mitberuhen. Mittel mit langsamer Bromausscheidung (wie z. B. Diogenal)

[1]) Aus der Landesheilanstalt Uchtspringe, Altmark (Direktor Prof. Dr. *Alt*).



wirken zwar mit der Zeit nachhaltiger und stärker, haben aber den Nachteil, daß sie giftiger sind und nicht so lange gegeben werden können. Das Brom des Ureabromin entfaltet im Körper, obgleich es verhältnismäßig schnell ausgeschieden wird, eine ausgezeichnete antispasmodische, sedative und besonders auch hypnotische Wirkung.

Die günstigen Erfolge, welche durch Ureabromin außer bei epileptischen Krankheitserscheinungen auch bei nervösen Reizzuständen und bei Schlaflosigkeit erzielt wurden, legten den Gedanken nahe, die beruhigende und schlafmachende Wirkung durch Einschieben einer Äthylgruppe noch zu verstärken, also die sedativen Wirkungen des Bromcalciums mit denen eines harmlosen Schlafmittels, wie es das Urethan ist, zu kombinieren. In dieser Absicht wurde von der Firma Gehe & Co. in Dresden, welche das Ureabromin herstellt, dem Bromcalciumcarbamid noch eine Äthylgruppe zugefügt und eine neue Verbindung von der Formel $Ca\,Br_2\,4\,CO(NH_2)\,OC_2\,H_5 + 2\,H_2\,O$ hergestellt. Diese Verbindung wurde Calmonal genannt und der Anstalt Uchtspringe zur Verfügung überlassen.

Das Calmonal stellt ein weißliches, kristallinisches Pulver da, das wenig hyroskopisch ist und sich leicht in Wasser und Alkohol löst. Sein Bromgehalt beträgt etwa 27 %. Der Schmelzpunkt liegt bei 107 bis 107,5°. Der Geschmack der Lösung ist etwas salzig-bitter, aber nicht unangenehm aufdringlich.

Hoppe-Uchtspringe machte vor etwa 2 Jahren in Uchtspringe die erstmaligen planmäßigen und grundlegenden Versuche mit dem neuen Mittel. Sämtliche gesunden Versuchspersonen und alle Kranken nahmen es anstandlos auch längere Zeit hindurch. Das Verhalten des Calmonal im Organismus ähnelt, wie länger dauernde Ausscheidungsversuche zeigen, dem des Ureabromin; hierüber wird *Seegers*-Uchtspringe in dieser Zeitschrift genaueres veröffentlichen. Das Brom des Calmonal wird schneller ausgeschieden als aus den gewöhnlich verordneten Brommitteln, den Bromalkalien. Demgemäß kommen selbst bei längerer Darreichung von Calmonal seltener und schwerer Bromvergiftungserscheinungen zustande. Calmonal kann in den bisher verabfolgten Dosen (etwa 2 g pro die) monatelang ohne Schaden gegeben werden.

An schlafmachender Wirkung übertrifft es in Dosen von 1 bis 2 g sowohl die gewöhnlichen Bromalkalien und das Ureabromin, wie auch andere als leichtere Schlafmittel bekannte Brompräparate, z. B. das Bromural und Adalin. In der vorbeugenden Bekämpfung nächtlicher Aufregungs- und Verwirrungszustände hat sich das Calmonal besonders gut bewährt. Gibt man Personen, die erfahrunggemäß zu derartigen nächtlichen Zuständen neigen, vor dem Einschlafen das Calmonal in Dosen von 1 bis 2 g, so treten diese gefürchteten Attacken, wie monatelange Ver-

suche zeigen, zuallermeist überhaupt nicht auf, und viel Unruhe wie auch große Mengen stark wirkender, den Organismus angreifender Schlafmittel werden hierdurch erspart.

Die Hauptversuche mit Calmonal erstreckten sich auf die Wirkung bei vorwiegend nächtlichen epileptischen Krampfanfällen. Große Versuchsreihen von langfristiger bis zu 18 Monaten sich erstreckender Beobachtungsdauer zeigten, daß hier Calmonal allen anderen Brompräparaten weit überlegen ist. Sämtliche Kranke dieser Art wurden durch Calmonal so günstig beeinflußt, wie es mit anderen Brompräparaten nicht entfernt möglich gewesen war; bei einer großen Anzahl verloren sich die nächtlichen Krampfanfälle gänzlich. Auffallend war, daß trotz dieser überraschenden Besserung Bromintoxikationserscheinungen selbst bei monatelangem Gebrauch von Calmonal nicht nur nicht auftraten, sondern sogar schwanden, wenn sie etwa infolge voraufgegangener Darreichung von Bromalkalien hervorgerufen waren: die Patienten verloren die Bromakne und den fötor ex ore, sie fühlten sich wesentlich wohler, waren geistig regsamer und frischer; abgeschwächte Reflexe kehrten zur Norm zurück, Reizbarkeit und Stumpfheit schwanden. Das Calmonal gleicht demnach bezüglich Ungiftigkeit dem Ureabromin völlig.

Schließlich verdient eine erfreuliche Nebenbeobachtung erwähnt zu werden. Es zeigte sich, daß auf den Abteilungen für Kinder (aber auch für Erwachsene) seit Einführung des Calmonals das nächtliche Bettnässen ganz erheblich zurückging; und zwar erstreckte sich diese Beobachtung zunächst auf Fälle mit epileptischer Grundlage. Als dann Dosen von 1 bis 2 g Calmonal vor dem Einschlafen auch solchen Kranken gegeben wurden, bei denen die enuresis nocturna sicher nicht auf Epilepsie beruhte, war auch hier meist derselbe erfreuliche Erfolg zu verzeichnen; vermutlich hatte das Calmonal in diesen Fällen sedativ auf nervöse Reizzustände der Blase (vielleicht auch der Geschlechtsorgane) gewirkt.

Im allgemeinen zeigt somit das Calmonal ein ähnliches Verhalten im Organismus wie das Ureabromin; es wird ebenso schnell ausgeschieden, indem es die Nieren- und Herztätigkeit anregt; es ist demzufolge von gleicher relativer Ungiftigkeit; es übertrifft aber das Ureabromin an schlafmachender Wirkung und zeigt einen besonders günstigen Einfluß bei nächtlicher Epilepsie sowie bei psychischen und nervösen Reizzuständen.

Literatur.

1. *Hoppe* und *Fischer*, Über Bromcalciumharnstoff (Ureabromin). Berl. klin. Wschr. 1911, Nr. 41.
2. *Böhmig*, Über Ureabromin. Psych.-neurol. Wschr. XIII, Nr. 47.
3. *Jach*, Über Ureabromin. Ther. d. Gegenw. Okt. 1912.



4. *Mangelsdorf*, Erfahrungen mit Ureabromin bei Epileptikern. Psych.-neur. Wschr. Bd. 14, Nr. 47.
5. *Mangelsdorf*, Über die innerliche Anwendung von Brompräparaten, besonders bei der Epilepsie. Ztschr. f. d. Erf. u. Beh. d. jugendl. Schwachsinns Bd. 7, H. 1—3, 1913.
6. *Johannessohn*, Klin. Beitrag zur Bewertung von Ureabromin (Bromcalciumharnstoff). D. med. Wschr. 1913, Nr. 6.
7. *Biltz*, Ureabromin. Pharmazeutische Zentralstelle 1912, Nr. 10.
8. *Bufe*, Erfahrungen mit Ureabromin bei der Alkoholentziehung. Münch. med. Wschr. Nr. 47, 1913.
9. *Schwabe*, Einige Beobachtungen über Ureabromin bei Epilepsie. Diss. Rostock 1913.
10. *Schwabe*, Einige Beobachtungen über Ureabromin bei Epilepsie. Psych.-Neurol. Wschr. Bd. 15, Nr. 44, 1914.
11. *Jödicke*, Über moderne Behandlung der genuinen Epilepsie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 18, H. 1 u. 2, 1913.
12. *Frey*, Die Vermeidung der Nebenwirkungen bei Brom- und Jodkuren durch gleichzeitige Kalkgaben. Med. Klin. 1914, Nr. 9.



Über das Verhalten des Calmonals im menschlichen Körper [1]).

Von

Dr. phil. **K. Seegers**, appr. Nahrungsmittelchemiker.

In dem chemischen Laboratorium der Landesheilanstalt Uchtspringe gelangen nicht nur regelmäßig die für die Anstalt angekauften Lebensmittel, Gebrauchsgegenstände und technischen Produkte zur Untersuchung, sondern es werden darin auch in ausgedehntem Maße Stoffwechseluntersuchungen ausgeführt.

Es ist das große Verdienst des Direktors, Prof. Dr. *Alt*, die Wichtigkeit der Untersuchungen in Landesheilanstalten zuerst erkannt und zu deren Ausführung Laboratorien mit allen Apparaten der modernen Chemie geschaffen zu haben.

Neben den regelmäßigen Stoffwechseluntersuchungen bei Nerven- und Geisteskranken werden auch vielfach Versuche mit neuen Arzneimitteln angestellt, die planmäßig aufgebaut zu sein scheinen.

Ehe die Präparate in den Arzneischatz eingeführt werden, gelangen sie hier vielfach durch klinische Beobachtungen, durch längere Zeit durchgeführte genaue Stoffwechseluntersuchungen zur Prüfung und Erprobung.

So hat insbesondere seinerzeit die Landesheilanstalt Uchtspringe die ehrenvolle und dankbare Aufgabe gehabt, das so schnell rühmlichst bekannt gewordene Salvarsan, die geniale Erfindung Sr. Ex. Prof. *Ehrlich*, als erste von allen Krankenanstalten klinisch und experimentell erproben zu dürfen. Von neuen Präparaten wurden dann planmäßig u. a. mit Ureabromin, Hexal, Luminal, Adalin und Zebromal viele eingehende Versuche und Untersuchungen angestellt. Dem Urea-

[1]) Aus dem chemischen Laboratorium der Landesheilanstalt Uchtspringe (Direktor: Prof. Dr. *Alt*).



bromin nahe steht das an dieser Stelle zu behandelnde Calmonal. Beide Präparate werden von der bekannten Firma Gehe & Co., Akt.-Ges., Chemische Fabrik in Dresden-N., hergestellt. Ureabromin, die ältere Verbindung ist Bromcalciumharnstoff, das Calmonal Bromcalciumurethan, entsprechend der Formel:

$$Ca\,Br_2 \,.\, 4\,CO(NH_2)O \,.\, l_2\,H_5 + 2\,H_2\,O.$$

Das Calmonal ist ein kristallinisches Pulver, leicht löslich in Wasser und Alkohol. Hygroskopische Eigenschaften zeigt es nur in schwachem Maße; die Substanz schmilzt bei 107 bis 107,5°. Die verschiedenen Sendungen entnommenen Proben gaben einen einheitlichen Bromgehalt von ca. 27 %. Es gelangt in Pulver- und Tablettenform in den Handel.

Es wurden einige zuverlässige Patienten ausgewählt, von denen die einen längere Zeit Bromnatrium, die anderen Calmonal einnahmen. Die Mengen wurden so berechnet, daß diese Patienten täglich die gleiche Menge Brom bekamen, so daß dann aus dem Bromgehalt von Urin und Kot die Schnelligkeit der Bromausscheidung ersichtlich und zu vergleichen war. In den folgenden Tabellen sind die Ergebnisse des Urins von zwei Patienten zusammengestellt:

Pat. K. Täglich 1 Gramm Bromnatrium			Pat. L. Täglich 3 Gramm Calmonal		
	Bromgehalt g	Kalkgehalt, berechnet auf CaO g		Bromgehalt g	Kalkgehalt, berechnet auf CaO g
1. Tag	0,126	0,066	1. Tag	0,077	0,037
2. „	0,268	0,086	2. „	0,269	0,094
3. „	0,537	0,096	3. „	0,723	0,122
4. „	0,398	0,073	4. „	0,605	0,087
5. „	0,712	0,085	5. „	0,645	0,091
6. „	0,394	0,088	6. „	0,467	0,079
7. „	0,659	0,049	7. „	0,784	0,082
8. „	0,672	0,076	8. „	0,660	0,084
9. „	0,532	0,072	9. „	0,661	0,083
10. „	0,558	0,074	10. „	0,570	0,088
11. „	0,453	0,046	11. „	0,510	0,095
12. „	0,430	0,048	12. „	0,457	0,096

Die Brombestimmung wurde folgendermaßen ausgeführt:

50 ccm Urin wurden mit etwas Kal. und Natriumkarbonat eingedampft, der Rückstand getrocknet und verascht. Die Asche wurde gut mit heißem Wasser ausgezogen und die Flüssigkeit auf ca. 100 ccm, nach dem völligen Erkalten genau auf die Marke aufgefüllt.

50 ccm wurden zur Brombestimmung verwandt. Sie wurden in einen Kolben gemessen, durch den mittels einer Wasserstrahlluftpumpe Luft



gesogen wurde. Zu der bromhaltigen Flüssigkeit setzte ich 5 g gepulvertes Kaliumbichromat und ließ durch ein Ansatzrohr langsam unter Umschütteln des Kolbens 5 ccm konzentrierte Schwefelsäure hinzufließen. Dieser Kolben war mittels Druckschlauchs mit drei hintereinander befindlichen Waschflaschen verbunden, in denen sich zur Aufnahme des freiwerdenden Broms eine Jodkalilösung von 10,5 resp. 2 % befand. Der Kolben mit der bromhaltigen Flüssigkeit wurde zur schnelleren Reaktion auf ein kochendes Wasserbad gestellt und nun die Luft durch den Kolben und die drei Waschflaschen gesogen. Je nach der in Freiheit gesetzten Brommenge färbte sich die Flüssigkeit in der ersten Flasche mit 10 % Jodkalilösung schwachgelb bis gelbbraun; das hier bei eventuell zu schnellem Durchleiten nicht absorbierte Brom wurde dann in der zweiten Waschflasche zurückgehalten; die dritte Waschflasche war nur zur Sicherung des exakten Verlaufes eingeschaltet; in diese ging selten noch Brom über. Nach 24 Stunden war alles Brom aus der Kochflasche ausgetrieben; zur Kontrolle wurde öfter noch länger durchgeleitet, doch ging fast ausnahmlos nach 24 Stunden kein Brom mehr über. Das freigemachte Brom wurde mit $^4/_{10}$ Natriumthiosulfatlösung, Stärkelösung als Indikator, titriert. 1 ccm $^4/_{10}$ Thiosulfat = 0,008 g Brom.

Die Tabellen zeigen, daß die Bromausscheidung bei dem Calmonal noch schneller stattfindet als beim Bromnatrium. Hand in Hand mit dieser raschen Bromausscheidung beim Calmonal geht auch eine erhöhte Salzabscheidung. Da das Calmonal ein Bromcalciumurethan ist, war es von Interesse, auch die Kalkausscheidungsweise durch quantitative Bestimmungen zu erfahren. Die Tabellen zeigen, daß der Urin des Calmonalpatienten erheblich kalkreicher wird; ein Zeichen, daß das aus dem Calmonal stammende Calcium auch in das Blut übergegangen ist und so dem Organismus zugeführt wurde. Es findet nach der Art der Ausscheidung demnach beim Brom keine Kumulation statt; es scheint daher auch ausgeschlossen, daß eine schädliche Wirkung durch Anreicherung der beiden schlafmachenden Komponenten (Brom und Urethan) im Körper stattfindet.

Da die Ausscheidung, wie gesagt, eine schnelle und vollständige gewesen ist, konnte man annehmen, daß im Kot keine Bromsalze mehr vorhanden waren. Die Richtigkeit dieser Annahme bestätigten die tagelangen Untersuchungen des Kotes; es fanden sich stets nur geringe Spuren von Brom darin.

Ein mit Calmonal behandelter Patient litt an einer Nephritis. Eiweißbestimmungen ergaben, daß durch wochenlange Verabreichung von Calmonal kein schädlicher Einfluß ausgeübt wurde, daß im



Gegenteil der Eiweißgehalt etwas zurückging. Wird man also bei geschwächten Nieren in die Lage versetzt, Bromverbindungen geben zu müssen, so wird in erster Linie Bromcalciumharnstoff (Ureabromin) und Calmonal dafür in Betracht kommen.

Neuerdings findet man in Arbeiten über Brompräparate die Ansicht vertreten, daß eine langsame Bromausscheidung aus dem Körper eine nachhaltigere und stärkere Wirkung ausübe. Es kann aus den Versuchen mit Calmonal nur besonders hervorgehoben werden, daß trotz der hier festgestellten schnellen Bromausscheidung gute klinische Erfolge erzielt wurden. Hingegen hat eine schnelle Ausscheidungsmöglichkeit immer den Vorteil, daß nur schwer eine schädliche Nebenwirkung durch Kumulation eintreten kann.

Über familiäre Irrenpflege.

Von

Dr. **M. Stamm**, Ilten.

Konrad Alt hat im Jahre 1899 durch seine Schrift „Über familiäre Irrenpflege“ die Aufmerksamkeit auf eine schon lange bekannte, aber nur an vereinzelten Anstalten mit sichtlichem Interesse und Erfolge geübte Art der Irrenbehandlung gelenkt. Sein begeistertes Eintreten für dieses Irrenpflegesystem hat fruchtbringend gewirkt, und seine Worte sind nicht nur in Deutschland, sondern auch in fast allen Kulturstaaten beherzigt worden. An vielen Anstalten ist seitdem die freieste aller Verpflegungsformen für Geisteskranke eingeführt worden. Auch in Deutschland ist während der verflossenen 15 Jahre die Zahl der geisteskranken Familienpfleglinge von einigen Hundert auf mehrere Tausend gestiegen. So erfreulich dieses Resultat auch ist, und obschon es bei oberflächlicher Betrachtung den Eindruck eines Totalerfolges macht, so finden wir doch bei genauer Nachprüfung, daß dieses wichtige und wertvolle Irrenpflegesystem noch keineswegs bei uns die ihm gebührende Anerkennung und Verbreitung gefunden hat. Die Durchsicht der jüngsten Anstaltsberichte belehrt uns vielmehr, daß die Familienpflege an vielen deutschen Anstalten noch ein mehr als bescheidenes Dasein führt, ja daß sie an den meisten über das Stadium mehr oder minder wohlwollender Erwägungen noch nicht hinausgelangt ist.

Leider hat das Sprichwort: „Gut Ding will Weile haben“ in der Psychiatrie verschiedentlich eine mehr als berechtigte Rolle gespielt; so hat das No-restraint-System erst nach einem Zeitraum von vielen Jahrzehnten sich überall Eingang verschafft, und die Kolonisierung der Geisteskranken, deren Vorzüge von Altmeister *Paetz* hervorgehoben wurden, hat heute noch nicht allenthalben die ihr zustehende Berück-

sichtigung gefunden. Die familiäre Irrenpflege ist offenbar nicht besser dran. In einer Zeit aber, wo die Zahl der anstaltspflegebedürftigen Kranksinnigen stetig ansteigt, auf die Erbauung neuer kostspieliger Anstalten drängt und die Kosten der Irrenfürsorge von Jahr zu Jahr immer stärker anschwellen läßt, sollte man stärkeres Interesse einem Verpflegungssystem zuwenden, welches die Unterbringung einer sehr beträchtlichen Zahl von Geisteskranken außerhalb der Anstalten gestattet, die Kosten der Irrenfürsorge in erklecklichem Maße zu verringern geeignet ist und daneben hervorragende Heilerfolge aufzuweisen hat. In der Annahme nun, daß es dem einen oder anderen Kollegen ernstlich um die Einführung einer rentablen Familienpflege zu tun ist und Fingerzeige zu diesem Zwecke willkommen sind, will ich einige Punkte besprechen, welche mir auf Grund langjähriger Erfahrung von wesentlicher Bedeutung für die Entwicklung und Durchführung einer gedeihlichen Familienpflege zu sein scheinen.

In Deutschland haben wir bereits eine ganze Anzahl gut prosperierender Familienpflegen. Wer nun wirkliches Interesse für dieses Verpflegungssystem hat, wird sich am besten nicht lange mit theoretischen Erwägungen aufhalten, sondern an einer Anstalt mit gut entwickelter Familienpflege einige Wochen praktische Studien machen.

Mit den viel geübten kurzen Besichtigungen dieser oder jener Familienpflege ist, selbst wenn noch so viele Pflegequartiere besichtigt werden, nur selten etwas zu erreichen. Man kann durch Besichtigungen sich wohl über die Art der Unterbringung der Kranken und über das Milieu der Pflegefamilien orientieren, aber man wird sich über andere zunächst wichtigere Dinge eingehende Kenntnisse nicht verschaffen. Flüchtige Besichtigungen verleiten oft nur zu einer oberflächlichen und daher meist ungenauen oder gar unrichtigen Kritik. Ein längeres Verweilen an einer Anstalt wird hingegen nicht nur über speziell die Familienpflege betreffende Fragen Aufschluß geben, sondern vor allem auch ein eingehendes Studium der Anstalt ermöglichen.

Gerade der Anstaltsbetrieb, die Methoden der praktischen Krankenpflege, das Krankenmaterial im allgemeinen und der Familienpfleglinge im besonderen verdienen eine gründliche Würdigung, weil sie die Basis für den Aufbau der Familienpflege bilden. Erst nach einem genauen Einblick in alle diese Dinge wird man in der Lage sein, ein zutreffendes, gerechtes und für die heimischen Verhältnisse verwertbares Urteil zu fällen.

Kann der Anstaltsleiter aus gewichtigen Gründen nicht selbst die Einführung des familiären Verpflegungssystems an seiner Anstalt in die Hand nehmen, so wird er sich mit Vorteil eines seiner untergebenen Ärzte

bedienen, welcher Vertrautheit mit dem Landleben, Geschick im Verkehr mit den für dieses System in Betracht kommenden Bevölkerungsschichten, eine gute Dosis Menschenkenntnis sowie besonderes Interesse für praktische Beschäftigung der Geisteskranken besitzt.

Gerade der letztgenannte Punkt verdient besondere Beachtung; denn eine möglichst ausgiebig durchgeführte Beschäftigungstherapie ist nicht nur für das gesamte Anstaltsgetriebe von der größten Wichtigkeit, sondern auch für Familienpflegezwecke. Der hervorragend günstige, häufig direkt zur Heilung führende Einfluß, den eine zweckmäßige Beschäftigung auf Kranksinnige der verschiedensten Art ausübt, ist allgemein bekannt. Bekannt ist auch die beruhigende und besänftigende Wirkung, die eine mit Geschick und Energie durchgeführte Beschäftigungstherapie selbst bei bis dahin sehr reizbaren, lärmenden und unsozialen Elementen erzielt, eine Erfahrung, auf die vor allem *Paetz* in seiner trefflichen Schrift über die Kolonisierung der Geisteskranken hingewiesen hat. Aber wie stiefmütterlich wird dieses Kapitel der Irrenpflege vielfach noch behandelt! Gewiß, an allen Anstalten werden Kranke beschäftigt und an manchen geradezu künstlerische Leistungen vollbracht, aber beschränkt man sich häufig auch dort nicht darauf, nur die zum Anstaltsbetriebe eben notwendigen Hilfskräfte aus den arbeitswilligen Patienten zu entnehmen, während man die Unzugänglichen, Abweisenden, Erregten, Stumpfen und Verblödeten in Untätigkeit verharren läßt!

Wie auf einer Abteilung bei unzulänglichen ärztlichen Maßnahmen die Nahrungsverweigerung fast endemisch auftreten kann, so greift auch in manchen Anstalten bei geringem ärztlichen Interesse für Beschäftigung unter dem gesamten arbeitsfähigen Krankenbestande ganz allgemein Abneigung gegen jegliche Arbeitsbetätigung um sich, während die Zahl der Lärmmacher, Störenfriede und Stumpfsinnigen zusehends wächst. Die Ärzte solcher Anstalt sind dann gar oft in dem Glauben, daß ihnen gerade besonders schwierige und lästige Patienten zugewiesen werden, während man anderswo in dieser Beziehung günstiger gestellt sei. Bemerkungen wie: „Solche Leute, die Sie in Familienpflege haben, würden wir glatt entlassen" oder „Solch ruhige Elemente wie in Ihrer Anstalt haben wir überhaupt nicht" kann man dann oft zu hören bekommen. Während man als gerichtlicher Sachverständiger bei Abgabe eines Gutachtens auf eine mehrwöchentliche Untersuchungs- und Beobachtungszeit des zu Begutachtenden nicht verzichtet, so glaubt mancher, Kollegen gegenüber weniger skrupulös sein zu dürfen, und hält sich für kompetent genug, über eine Anzahl von unbekannten Pfleglingen nach Musterung mit kurzem Seitenblick ein abschließendes Urteil zu fällen. Daß die „Diagnose auf den ersten Blick" recht oft daneben haut, und daß sich Patienten heute von der besten Seite zeigen, morgen ganz anders verhalten können, weiß man zwar, kehrt sich aber nicht daran. Kurz, wer sich ein exaktes Urteil über eine Familienpflege verschaffen will, der tue vor allem einen genauen Einblick in das



Anstaltsgetriebe selbst. *Ferdinand Wahrendorff*, der Schöpfer der ersten großen Familienpflege in Deutschland, sein langjähriger Mitarbeiter Geh. Rat *Hesse* und *Alt* haben sich wochenlang in Gheel zu Studienzwecken aufgehalten.

Da, wie ich schon ausführte, eine Besserung und Pazifizierung des Krankenbestandes nur durch eine möglichst ausgiebige Beschäftigungstherapie zu erzielen ist, so möchte ich, soweit es der Rahmen dieser kleinen Abhandlung gestattet, etwas näher auf dieses rein praktische Gebiet der Irrenpflege eingehen.

Die Bewegung im Freien regt den Stoffwechsel an, fördert dadurch die Körperfunktionen, hebt das natürliche Schlafbedürfnis und schafft damit auch die Vorbedingungen für psychische Besserungen. In erster Linie ist daher eine methodische, sich allmählich steigernde Bewegung im Freien bei körperlich rüstigen Patienten anzustreben. Die meisten Anstaltskranken werden zwar alltäglich mehrere Stunden in den Garten geschickt, viele von ihnen sitzen dort aber ebenso stumpfsinnig und regungslos herum wie auf der Abteilung und verblöden immer mehr, so daß sie schließlich bei ungenügender Überwachung ihre Exkremente unter sich gehen lassen. Um solche Kranke in Bewegung zu setzen, nehme man sie in Gruppen von 6 bis 8 vor leichte Handwagen und lasse sie in Begleitung eines Pflegers Küchenbedürfnisse aus den Gärten, sowie Unkraut, Sand, Schnee usw. an- oder abfahren. Diese Tätigkeit, bei der man dem Pfleger einen verläßlichen, arbeitsamen Patienten zur Unterstützung beigeben kann, wird fast ausnahmlos willig ausgeführt. Auch leicht erregte Kranke lassen sich so beschäftigen, oder man gibt ihnen leichte Lasten in kleinen oder halb gefüllten Säcken oder Körben mit Sand, Laub, Unkraut usw. zu tragen, oder veranlaßt sie, Karren mit Erde, Sand, Schnee und dergl. zu schieben. Bei diesen Arten von Beschäftigung kommt es zunächst weniger auf die Arbeitsleistung als vielmehr auf reichliche Bewegung im Freien an. Allmählich werden sich einige dieser Patienten regsamer bzw. ruhiger zeigen, und man kann sie zu Arbeiterkolonnen, welche leichte Gartenarbeiten, wie Graben, Hacken usw., verrichten, versetzen und andere rücken an ihre Stelle. Namentlich Schizophrene sollte man nicht, wie vielfach üblich ist, zu lange mit Bettruhe und Dauerbädern versorgen. Da sie zumeist den kräftigeren Lebensaltern angehören, vertragen sie den Aufenthalt im Freien recht gut. Sobald das akute manische oder katatone Stadium im Abklingen ist, empfiehlt es sich, sie in der oben angegebenen Weise heranzunehmen. Vielfach wird der Versuch gemacht, Schizophrene gleich in ihrem früheren Berufe zu beschäftigen; in ihrem läppischen, albernen Wesen verüben erregtere aber manchmal derartigen Unfug, daß dauernd auf ihre Betätigung verzichtet und von neuem Bettruhe und Dauerbäder zu Hilfe genommen werden. Leichtgehemmte stehen regungslos herum und zeigen sich ebenfalls unbrauchbar. Verfährt man hingegen so,



daß erst durch Bewegung und Beschäftigung im Freien größere Beruhigung bzw. Regsamkeit angestrebt wird, so wird man späterhin schon tüchtige Außenarbeiter und Handwerker erhalten. Bei Rückfällen, die auch bei leichtester Beschäftigung nicht immer ausbleiben, tritt von neuem die klinische Behandlung in ihr Recht, jedoch erneuere man, sobald eine gewisse Besserung zu konstatieren ist, die Beschäftigungsversuche im Freien. Bei vorübergehenden Erregungen oder störrischem Verhalten erzielt man oft bessere und nachhaltigere Wirkung durch Applikation einer Duboisininjektion (½ Pravazspritze Sol. Duboisin sulf. 0,01 : 10,0) als mit längerer Bettruhe und Dauerbädern [1]).

Idioten, Imbezille und Demente müssen erforderlichenfalls erst zur Ordnung und Reinlichkeit erzogen werden, bevor man sie zur Beschäftigung anlernt, dann aber hat man meist gewonnenes Spiel, und die Einübung dieser oder jener mechanischen Fertigkeiten gelingt oft wider Erwarten recht gut.

Durch Gewährung von kleinen Fleischzulagen, durch zeitweilige Verabreichung von gern gegessenen Gerichten (Bratkartoffeln usw.), von Kau-, Schnupf-, Rauchtabak und durch Entgegenkommen bei kleinen Wünschen (Spaziergänge, Ausflüge usw.) kann man die Arbeitslust ganz erheblich und allgemein steigern, und innerhalb Jahresfrist schon wird man ein ganz anders geartetes, gebessertes, friedfertigeres und leistungsfähigeres Krankenmaterial besitzen.

Ein unbedingtes Erfordernis ist es, daß alle für die Beschäftigungen der Kranken getroffenen Maßnahmen und das damit betraute Personal unter scharfer ärztlicher Kontrolle stehen. Die Ärzte dürfen sich daher nicht auf die Abteilungsvisite beschränken, sondern müssen sich auch täglich während der Beschäftigungszeit an Ort und Stelle über das Verhalten der Kranken und des Pflegepersonals orientieren. Hier ist dem einen Patienten die zugemutete Arbeit zu schwer, oder sie sagt ihm nicht zu, oder er stellt sich zu ungeschickt an, er wird besser zu einer anderen Tätigkeit angelernt, dort verfügt ein Pfleger nicht über das nötige Geschick im Verkehr mit den Kranken, ist grob und barsch in seinen Reden, neckt oder schlägt gar einen Kranken oder zeigt sich für die ihm zugedachte Aufgabe ungeeignet, während er vielleicht an anderer Stelle am Platze ist. Viele unangenehme Vorkommnisse, die sonst einfach auf das Schuldkonto der Kranken gesetzt werden, lassen sich durch Aufmerksamkeit des Arztes vermeiden.

Nicht selten fällt dem Arzt auch die Aufgabe zu, erst Mittel und Wege zu finden und Einrichtungen zu schaffen, welche die Beschäftigung

---

[1]) Die Injektion ist völlig ungefährlich und unbedenklich. Die Wirkung des Duboisins ist ähnlich der des Hyoseins, jedoch nicht so kräftig und ruft nicht so unangenehme Empfindungen hervor wie letztere. Nach 20 Minuten setzt Schlafbedürfnis ein und hält etwa 7 Stunden an.



der Kranken in ausgedehntem Maße ermöglichen. Der landwirtschaftliche Betrieb z. B. bietet vielfach nicht in dem Maße die Gelegenheit zu Krankenbetätigung, wie man wohl allgemein annimmt. Der ex- und intensive Landwirt interessiert sich namentlich bei günstigen Bodenverhältnissen fast ausschließlich für Leute, welche geübte Landarbeiter sind und Feld- und Hofarbeiten zu seiner Zufriedenheit ausführen, während er mit Ungeübten nichts anzufangen weiß und auch das Anlernen solcher ungern oder gar nicht unterstützt. Ein wesentlich größeres Arbeitsfeld für unsere Zwecke gewährt meist die Gärtnerei, die man eventuell entsprechend erweitern muß. Am günstigsten sind in dieser Beziehung Anstalten gestellt, welche neben kultiviertem Acker- und Gartenboden auch Ödländerei und Waldparzellen besitzen. Hier können bei der Schaffung von allen möglichen Nutz- und Verschönerungsanlagen Anfänger wie Geübte im Sommer und Winter nach Herzenslust wirken.

Eine möglichst ausgedehnte Krankenbeschäftigung trägt letzten Endes nicht nur zur Besserung und Pazifizierung des Krankenmaterials bei, sondern erzeugt auch bald Überfluß an Arbeitern für den Anstaltsbetrieb, so daß auch stets Leute für Familienpflegezwecke zur Verfügung stehen.

So sehr uns aus den angegebenen Gründen eine umfassende, sozusagen offensive Beschäftigungstherapie am Herzen liegen muß, so brauchen wir doch unsere diesbezüglichen Maßnahmen nicht voll und ganz durchgeführt zu haben, ehe wir an die Einführung des familiären Verpflegungssystems herantreten. Anfänglich geht man ja doch nur langsam und sorgfältig mit der Herausgabe von Pfleglingen vor, zumal sich erst die Bevölkerung an den Verkehr mit Kranken gewöhnen muß. Jedenfalls braucht man nicht zu fürchten, daß bei Herausgabe von Pfleglingen dem Anstaltsbetriebe die notwendigen Hilfskräfte entzogen werden, sondern man wird eher das Gegenteil erfahren. Zur Stütze dieser Behauptung will ich einen Ausspruch meines leider allzu früh dahingegangenen Lehrers, *August Cramer*, anführen, den er ein Jahr nach Einrichtung der Göttinger Familienpflege tat: „Im großen und ganzen wird immer noch ein Nutzen der Familienpflege zu leicht übersehen, und zwar der, daß das Personal bei Fortnehmen arbeitender Kranker gezwungen ist, selbst neuen, kräftigen Nachwuchs heranzuziehen, was es auch tut. Die Familienpflege entzieht den Anstalten de facto nicht die Arbeitskräfte, sondern trägt vielmehr dazu bei, die Anzahl der arbeitenden Kranken durch Heranbildung neuen Nachwuchses zu vergrößern." „Das sind goldene Worte", sagte *Alt* auf dem internationalen Antwerpener Kongreß, „deren Wahrheit jeder Anstaltsleiter erproben kann und muß". Tatsächlich verfügen denn auch durchschnittlich alle Anstalten mit einer prosperierenden Familienpflege über einen erheblich höheren Prozentsatz arbeitender Anstaltsinsassen als solche, die sich bisher der freiesten Verpflegungsart ferngehalten haben.

Hat die Bevölkerung erst ihre Scheu vor Geisteskranken überwunden und Vertrauen zu der Anstalt und den von ihr offerierten Kranken gefaßt, so kann man auch friedfertige Patienten zu Familien geben, welche sich in der Anstalt jahre- und jahrzehntelang hartnäckig gegen jede Beschäftigung sträubten, und wird oft genug erleben, daß sie in ihrem neuen Heime vom ersten Tage an bei der Arbeit mit zur Hand gehen. In den meisten Fällen bleibt auch der wiedererwachte Beschäftigungstrieb weiter bestehen, falls sie aus diesen oder jenen Gründen wieder zur Anstalt zurückversetzt werden müssen. So gibt also die Anstalt nicht nur Arbeitskräfte an die Familien ab, sondern erhält auch manchmal solche zurück.

Die familiäre Verpflegung ist nicht ein spezifisches Heilmittel für bestimmte, wissenschaftlich wohlumschriebene Krankheitsformen, sondern ein Behandlungsverfahren, dessen man sich bei den verschiedensten Psychosen in geeigneten Fällen zwecks Erzielung schnellerer Heilung, weitgehender Besserung, Gewährung größtmöglichster Bewegungsfreiheit und Verringerung der Irrenverpflegungskosten bedient. Die Auswahl der Pfleglinge erledigt sich deshalb nach empirisch gewonnenen Gesichtspunkten. Im allgemeinen kommen für Familienpflege aus den vorerwähnten Gründen Patienten in Frage, von denen mit großer Wahrscheinlichkeit eine Gefahr für sich und ihre Umgebung nicht zu erwarten ist. Personen mit starken Affektzuständen, mit Neigungen zu impulsiven Gewaltakten oder gar Verbrechen, Fluchtverdächtige, Unsaubere, körperlich kranke und dekrepide Personen bleiben außer Betracht.

Die Herausgabe sehr arbeitsamer, leistungsfähiger Kranker ist, dafern nicht gewichtige Gründe, wie in Aussicht stehende Entlassung, Wünsche der Angehörigen und dergleichen es erfordern, nicht empfehlenswert. Man behalte sie zu Nutz und Frommen in der Anstalt und gewähre ihnen dort weitgehende Bewegungsfreiheit. Tüchtige Arbeiter werden nämlich gar zu leicht, teils durch allzu große Ansprüche an ihre Leistungsfähigkeit seitens der Familien, teils infolge eigenen, oft übertriebenen Ehrgeizes stark ausgenutzt. Hierdurch und infolge einer in gewissen Zeiten (Landbestellung, Ernte usw.) zu beachtenden unregelmäßigen Lebensweise und Verköstigung gehen sie körperlich stark zurück und werden auch nicht selten in ihrem psychischen Zustande nachteilig beeinflußt.

Die Evakuierung hervorragender Arbeiter hat aber auch noch den Nachteil, daß die Pflegefamilien solcher ob ihres Schutzbefohlenen be-



neidet werden. Entweder wird nun die Anstalt fortgesetzt um gleich arbeitsame Kranke angegangen, oder aber man sucht durch freundliches Anreden und Geschenke den gewünschten Pflegling seiner Familie abspenstig zu machen. Alle möglichen Reibereien zwischen den Pflegefamilien, welche auch der Anstalt Unannehmlichkeiten bereiten, sind die Folge. Man kann deswegen auch oft bei rein bäuerlicher Bevölkerung minderwertigere Pfleglinge nicht unterbringen, weil die Familien vorziehen, zu warten, bis sie auch einen so „guten Knecht" oder auch so eine „tüchtige Magd", wie die Familie N. hat, bekommen.

Diesen bisweilen zu völliger Stagnation in der Entwicklung einer Familienpflege führenden Umstand kann man auch dadurch nicht beseitigen, daß man für sehr arbeitstüchtige Patienten überhaupt kein oder erheblich geringeres Pflegegeld wie für weniger arbeitsame Kranke zahlt, weil die auf ihren Vorteil bedachten Familien leicht erkennen, daß der Nutzen, den sie von der Anstelligkeit und dem Fleiß eines Kranken haben, erheblich höher zu bewerten ist als die für gewöhnlich geringe Pflegegeldreduzierung. Eine Anstalt, welche die Höhe des Pflegesatzes nach der Arbeitsfähigkeit eines Kranken bemißt, rückt, wenn auch unbeabsichtigt, selbst das materielle Interesse der Pflegefamilien in den Vordergrund, indem sie den Familien gewissermaßen einen Fingerzeig gibt, sich durch vermehrte Anforderungen an die Arbeitskraft des Kranken für den etwaigen Ausfall an Pflegegeld zu entschädigen. Daß also hierbei das Interesse für die Kranken leicht in das Hintertreffen geraten kann, ist wohl einleuchtend. Um die Begehrlichkeit der Familien nicht zu entfachen, werden ohne triftige Gründe am besten nur Kranke in Pflege gegeben, welche bei leichten Haus-, Garten- und Feldarbeiten oder auch im Handwerk (Schuhmacher, Schneider, Tischler usw.) etwas zur Hand gehen und auch die Reinhaltung ihres Zimmers besorgen können. Stets behalte man ein und denselben Pflegesatz bei allen Pfleglingen bei.

Für die gedeihliche Entwicklung einer Familienpflege ist nun erste Vorbedingung, daß in der Nachbarschaft einer Anstalt eine Bevölkerung vorhanden ist, welche die für die Verpflegung Kranksinniger erforderlichen Eigenschaften besitzt.

Nach *Ferdinand Wahrendorff*, dem Vater der deutschen Familienpflege, wird man zur Einrichtung einer lebensfähigen und aussichtsreichen



Familienpflege ländliche Gegenden mit solchen Familien bevorzugen, welche eine redliche, menschenfreundliche und geduldige Gemütsart, dann aber auch eine gewisse Intelligenz und mittleren Wohlstand aufweisen. Die gleichen Ansichten hat *Alt*. Dieser hält kleine Ackerbürger, Handwerker, aktive und pensionierte Unterbeamte für die geeignetsten Pfleger. Er legt Gewicht darauf, daß diese Familien etwas Acker-, Garten- und Viehwirtschaft besitzen, aus denen ihnen die erforderlichsten Nahrungsmittel gewissermaßen von selbst zuwachsen.

In dieser Beziehung werden manche Anstalten allerdings ziemlich ungünstig gestellt sein. Namentlich in Industrieorten, wo nur ein geringer Teil der Bevölkerung eine gewisse Bodenständigkeit aufweist, während andererseits ein umfangreiches Kostgängertum zu finden ist. Letzteres pflegt durch seine meist geringe moralische Qualität recht üble sittliche Zustände herbeizuführen und auch zu starker Sittenverrohung der Alteingesessenen beizutragen.

Aber auch eine sehr wohlhabende Landbevölkerung, ausgedehnter Grundbesitz und Gegenden mit starkem Fremdenverkehr bieten wenig Aussicht auf erfolgreichen Ausbau des familiären Verpflegungssystems. Anstalten mit derartiger Umgebung werden nur in recht beschränktem Umfange Familienpflege betreiben können und zur Evakuierung von Pfleglingen nach einem in günstiger Gegend angelegten Landesasyl schreiten müssen, wie *Alt* solches in Vorschlag gebracht hat.

Selbstverständlich wird man auch bei einer sehr dünn gesäten Bevölkerung den erwähnten Ausweg betreten müssen.

Abgesehen von diesen Einschränkungen, wird es jedoch nicht schwer fallen, bis zu einem befriedigenden Grade das familiäre Verpflegungssystem erfolgreich ein- und durchzuführen.

Ferdinand Wahrendorff und Geheimrat *Hesse*, die jahrelang in Ilten und Umgebung auch als praktische Ärzte wirkten, fiel es leicht, derartige Pflegestellen für Kranke zu finden, weil erstens die Bevölkerung der Iltener Gegend den vorerwähnten Voraussetzungen entsprach und den ihr bekannten Ärzten Vertrauen und Zuneigung entgegenbrachte. Andererseits waren jene infolge ihrer beruflichen Tätigkeit mit den Charaktereigenschaften der einzelnen Familien auf das innigste vertraut.

Alt, dem Land und Leute bei der Übernahme der Uchtspringer Anstalt fremd waren, benutzte das von ihm geschaffene Pflegerdörfchen Wilhelmseich zur Entfaltung der Familienpflege. Er wurde dabei von der Absicht geleitet, seinen dort angesiedelten Pflegern die Haushaltsführung zu erleichtern und zu verbilligen, die Nachbarbevölkerung an den Verkehr mit Kranken zu gewöhnen und dadurch das Interesse für Familienpflege auch bei ihr zu erwecken. Nachdem die von ihm gehegten Erwartungen in jeder Weise glänzend in Erfüllung gegangen waren, schritt er zur Gründung einer Familienpflege in der 14 km von Uchtspringe entfernten Kreisstadt Gardelegen, weil seine hauptsächlich von mächtigen Wald- und Heiderevieren



umlagerte Anstalt nur wenig benachbarte Dörfer und Ansiedlungen hat. Der Hauptbeweggrund für ihn war nach seinen Worten: „zu zeigen, daß auch bei uns in Deutschland ohne langjährige Vorbereitung der Bevölkerung diese Verpflegungsform rasch eingebürgert werden könne, und daß die geeigneten Kranken sich in der Familienpflege glücklicher fühlen als selbst in einer Anstalt wie Uchtspringe mit der denkbar weitgehendsten freien Behandlung.

Nachdem einige aufklärende Vorträge von Uchtspringer Ärzten in Gardelegen gehalten waren, ist dieses freundliche, 8000 Einwohner zählende Landstädtchen mit seinen vielen Ackerbürgern, Handwerkern, Heim- (Knopf- und Zigarrenmachern) und sonstigen Arbeiterfamilien aller Art ein sich rasch vergrößernder „Infektionsherd" für das familiäre Verpflegungssystem geworden, obwohl es auch nicht an Oppositionsgeistern fehlte. Stadtmagistrat und Geistliche wurden in Ermangelung von Vertrauensmännern über Leumund und wirtschaftliche Verhältnisse der sich meldenden Familien befragt, während die ärztlichen Obliegenheiten von Uchtspringe aus anfänglich erledigt wurden.

Als sich nach einem Zeitraum von 4 Jahren die Zahl der in Gardelegen untergebrachten weiblichen Pfleglinge auf über 80 belief, wurde dort ein Arzt für die Familienpflege stationiert; diesem lag es auch ob, die Dörfer und Gehöfte in der Nachbarschaft für die Unterbringung von männlichen Kranken zu erobern, was denn auch ohne nennenswerte Schwierigkeiten gelang. Zur Unterstützung wurde dem Arzt eine erprobte Oberpflegerin beigegeben. Bei der rasch wachsenden Zahl der weiblichen Pfleglinge leistete dann ein in einem ermieteten Privathaus eingerichtetes Lazarett für körperlich erkrankte und psychisch vorübergehend erregte Pfleglinge gute Dienste.

In Göttingen fiel es bei der großen Zahl nahe gelegener Dörfer ebenfalls nicht schwer, unter kleineren Bauern und Handwerkern geeignete Pflegestellen zu finden. Zunächst wurde eine vom Landrat aufgeforderte Anzahl Gemeindevorsteher durch Geheimrat *Cramer* über Zwecke und Ziele der familiären Verpflegung Geisteskranker aufgeklärt. Als dann in einzelnen Dörfern geeignet erscheinende Familien ärztlicherseits über das Wesen und Verhalten ruhiger Patienten im besonderen unterrichtet waren, liefen reichlich Meldungen zu Pflegestellen ein. Bei weiterem Ausbau der Familienpflege haben sich auch in der Stadt Göttingen Quartiere namentlich für Pensionäre der I. und II. Verpflegungsklasse gefunden.

Aus den angezogenen Beispielen können wir die Mittel und Wege, welche zum Erfolg führen, leicht erkennen. Einige Familien, welche für Pflegezwecke geeignet sind, werden wohl den Ärzten oder Anstaltsbeamten bei jeder Anstalt bekannt sein. Wenn man diese also sich in dieser Beziehung nutzbar macht, so werden sich schon von diesen aus, namentlich wenn einige ärztliche Vorträge über Wesen und Zweck des familiären Verpflegungssystems für Aufklärung der Anwohnerschaft sorgen, die nötigen



„Infektionsherde" bilden. Andernfalls muß man, wie *Alt*, die Familien der Anstaltspfleger, welche in benachbarten Ortschaften ihr Domizil haben, zu Hilfe nehmen und wird dann hierdurch zum Ziele kommen.

Bei der Beurteilung einer Bevölkerung hinsichtlich der für Familienpflege erforderlichen Eigenschaften muß man auch in Erwägung ziehen, daß sie für die Unterbringung männlicher Patienten ungeeignet erscheinen kann, während dies für weibliche nicht zutrifft und umgekehrt.

Weibliche Pfleglinge entlasten in Haus, Küche, Stall usw. die Pflegemutter ganz erheblich. Leichte Hausarbeiten wie Kinderwartung, Handarbeiten, Kartoffelschälen, Wasserholen, Zimmerreinigung, Bereitung des Viehfutters und dergleichen mehr sind Beschäftigungen, denen sich Patientinnen gern unterziehen, und durch deren Übernahme sie sich Dank und Zuneigung ihrer Pflegemutter im höchsten Maße erwerben.

Kleinbäuerliche Wirtschaftsbetriebe, städtische Arbeiter- und Beamtenfamilien, deren Ernährer tagüber auf ferner Arbeitsstätte weilt, bieten vielfach bei dem Mangel an genügender Außenarbeit eine recht schätzenswerte Unterkunftstätte für weibliche Kranke. Leider haben sich bis heute manche Anstalten vorzugweise mit der familiären Verpflegung männlicher Kranken befaßt und das andere Geschlecht aus Gründen, auf welche ich später eingehen werde, weniger berücksichtigt.

Daß die Inpflegenahme von Geisteskranken seitens der Familien nicht lediglich auf Samariterregungen zurückzuführen ist, sondern daß dabei mit einem gewissen realen Nutzen gerechnet wird, ist selbstverständlich. Die Hoffnung, etwas Hilfe bei Haus-, Hof-, Garten-, Feldarbeiten und dergleichen zu bekommen, veranlaßt die einen Familien zu Meldungen zur Krankenpflege. Andere wollen ein leerstehendes Zimmer oder eine kleine Wohnung nutzbringend verwerten, wieder andere erstreben auch durch die Aufnahme von Kranken sich der Scherereien mit Mietsleuten zu entledigen und wollen ihr Besitztum für sich allein haben. In Gardelegen wurde wenigstens die Wahrnehmung gemacht, daß viele Familien lieber Kranke in Pflege nahmen als an Schlafburschen und kleine Familien abvermieteten. Durch die Ausbreitung der Familienpflege wurde auch eine regere Bautätigkeit entfacht, während zugleich zweifelhafte Elemente aus Wohnungsmangel der Stadt den Rücken kehrten. Bei allen Pflegefamilien aber bildet das prompt und in klingender Münze gezahlte Pflegegeld eine gern gesehene Beihilfe zur Bestreitung des Haushaltes und wird zumeist nutzbringend angelegt. Der wirtschaftliche Aufschwung der Pflegefamilien war überall deutlich zu konstatieren.



Bei der Belegung der Pflegefamilien erspart man sich viel Mühe und Enttäuschungen, wenn man darauf achtet, daß die Patienten nach Möglichkeit in altgewohnte oder ihnen zusagende Verhältnisse kommen. Man wird in der Anamnese der Kranken nach diesbezüglichen Anhaltpunkten suchen, die Wünsche intelligenterer Patienten möglichst erfüllen und durch Fragen etwaige Liebhabereien feststellen.

Die einen Kranken fühlen sich in kinderreichen Familien wohl, andere wiederum wollen nur mit Erwachsenen zu tun haben. Männliche Patienten haben oft eine Abneigung gegen weibliche Personen und lassen sich nicht gern etwas von ihnen sagen. Solche werden darob nicht in Quartiere gelegt, wo der Mann tagüber auf ferngelegener Arbeitsstätte weilt und der Frau hauptsächlich die Beaufsichtigung und Beschäftigung des Kranken überläßt. Andernfalls maßt sich der Patient nicht selten das Regiment im Hause an und wird unfolgsam, widerspenstig und drohend. Gelernte Handwerker bevorzugen mitunter Zunftgenossen, andere wieder ziehen Quartiere vor, wo sie eine in der Anstalt erlernte Beschäftigung weiter treiben können. Freunden dieser oder jener Tiergattung kann man oft eine angenehme Unterkunft in Quartieren verschaffen, wo ihr Begehr gestillt wird. Häufig genug ist man jedoch, teils infolge geistiger Stumpfheit der Patienten, teils aus Mangel an Quartieren, in denen geäußerte Wünsche berücksichtigt werden können, auf die Belegung von Pflegestellen angewiesen, welche nur den allgemeinen Anforderungen entsprechen. Je mehr und je länger man sich mit Familienpflege beschäftigt, desto mehr kommt dabei die Erfahrung zu Hilfe. Aber auch dem ältesten und gewiegtesten Praktikus passiert es, daß er für manche seiner Patienten auf den ersten Wurf nicht das Richtige trifft. Wie im gewöhnlichen Leben die ersten Eindrücke beim Zusammentreffen von Personen in nicht geringem Maße für die Ausgestaltung weiterer Beziehungen ausschlaggebend sind, so spielen auch Syn- und Antipathien bei der Belegung von Pflegestellen eine große Rolle. Manche Familien können sich an das Aussehen, die Manieren usw. eines Kranken von Anfang an nicht gewöhnen, und umgekehrt sagt oft einem Patienten seine Pflegefamilie nicht zu. Er bringt dies durch Unfolgsamkeit und Untätigkeit zum Ausdruck. Während man anfangs nun aus Mangel an genügender Erfahrung allzu leicht geneigt ist, den einen oder anderen Teil als ungeeignet für Familienpflegezwecke zu befinden, wird man späterhin nicht so rasch und vorschnell urteilen. Es ereignet sich gar nicht selten, daß für einen Patienten erst nach zwei-, dreimaligem oder noch öfterem Quartierwechsel eine Familie gefunden wird, wo fast überraschend gegenseitiges Einverständnis erfolgt. Ebenso wird nicht jede sonst als brauchbar befundene Pflegefamilie mit dem ersten besten ihr zugedachten Kranken fertig. Selbst altbewährte Quartiere, in denen jahrelang andere Pfleglinge sich sehr wohl befunden haben, versagen zuweilen völlig bei einem Patienten, der ein etwas anderes Wesen und Ge-



haben zeigt, wie sein Vorgänger. Im allgemeinen wird man die Wahrnehmung machen, daß Patienten jugendlichen und mittleren Alters lieber genommen werden und sich auch ihrerseits rascher einleben als bejahrte. Namentlich alte Frauen sind meist nicht sehr begehrt. Bei bejahrten Patienten und senilen Psychosen muß man damit rechnen, daß trotz jahrelang beobachteten, gleichmäßig ruhigen Verhaltens infolge des Umgebungs- und Ortswechsels mitunter Verwirrtheits- und Erregungszustände auftreten, welche Zurücknahme in die Anstalt erfordern.

Altbewährte Pflegefamilien bedenke man, wenn ihre Pfleglinge entlassen oder zur Anstalt zurückgenommen wurden, in erster Linie mit Kranken. Familien, welche sich neu um Pfleglinge beworben haben, lasse man, auch wenn sie alle an sie zu stellenden Forderungen prompt erfüllt haben, bei augenblicklichem Mangel an geeigneten Patienten ruhig warten. Man wird auf diese Weise schon viel Spreu von dem Weizen scheiden; denn in der Regel ziehen die, denen es hauptsächlich um den eigenen Vorteil zu tun ist, nach kurzem Warten ihre Bewerbung zurück.

Verlegungen von Kranken von einer Familie zu einer andern werden zuweilen nötig dadurch, daß sich Pfleger und Pflegling nicht aneinander gewöhnen können oder im Laufe der Zeit nicht mehr zusammen passen usw. Bei solchen Verlegungen lasse man nie den Patienten direkt von seiner bisherigen Familie zu seinem neuen Heim bringen oder die neue Familie den zugeteilten Pflegling aus seiner früheren Pflegestelle abholen, sondern nehme ihn, wenn auch nur für Stunden, zur Anstalt oder einem anderen passenden unparteiischen Orte und verlege ihn von da aus in sein neues Quartier. Es passiert nämlich nicht allzu selten, daß Familien, verärgert über ihren Mißerfolg, ihren früheren Schutzbefohlenen derartig bei seiner neuen Umgebung anschwärzen, daß auch diese von vornherein versagt. Aus diesen Gründen vermeide man auch eine Verlegung in die Nähe des früheren Quartiers; am empfehlenswertesten ist sogar, einen solchen Kranken tunlichst an einem ganz anderen Wohnorte unterzubringen. Auch bei leichten psychischen Verstimmungen ziehe man einen Kranken in die Anstalt ein oder nehme ihn zu einem etwa vorhandenen Lazarett. Hier kann am ehesten festgestellt werden, ob es sich um eine vorübergehende unbedenkliche psychische Verstimmung oder um die ersten Vorboten einer Attacke von längerer Dauer handelt. Je nach dem Beobachtungsergebnis kann der Pflegling nach wenigen Tagen wieder zu seiner bisherigen Familie zurückkehren, eventuell zu einer anderen gegeben oder für längere Zeit zur Anstalt zurückgenommen werden.

Schwere körperliche Erkrankungen werden am besten in der Anstalt oder im Lazarett behandelt.

Nach Möglichkeit strebe man danach, möglichst viele Kranke an einem und demselben Wohnorte unterzubringen und belege nicht mit wenigen zahlreiche Ortschaften. Ein enges Zusammenliegen der Pflegequartiere erleichtert ganz wesentlich die Anstaltskontrolle und



hat auch zur Folge, daß die Pflegefamilien eine im Interesse der Krankenpflege recht wertvolle gegenseitige Beaufsichtigung ausüben. Aufkeimende Mißstände und Unzuträglichkeiten werden hierdurch recht bald bekannt und können alsbald abgestellt werden.

Bei der Auswahl von Patienten ist ferner darauf Rücksicht zu nehmen, daß die Kinder oder die Nachbarschaft der Pflegefamilien von den Patienten keine unangenehme oder gar nachteilige Eindrücke bekommt. So wird man z. B. epileptische Kranke wegen ihrer Krampfanfälle besser dahin geben, wo Kinder nicht vorhanden sind. Ebenso werden Patienten, welche hin und wieder unziemliche Reden führen, nicht in eine kinderreiche Umgebung gebracht. Sehr häßliche Personen passen nicht gerade in verkehrsreichere Straßen, wo sie leicht auffallen, sondern besser für einzelne in der weiteren Peripherie der Ortschaften gelegene Gehöfte.

In den weitaus meisten Fällen gestaltet sich das Verhältnis zwischen den Familien und ihren Pflegebefohlenen zu einem recht befriedigenden, ja herzlichen. Wenn auch, wie erwähnt, zur Übernahme der Krankenfürsorge ein gewisses materielles Interesse den Pflegefamilien die erste Veranlassung gab, so ist doch selten zu beobachten, daß jene lediglich ihre eigenen Interessen verfolgen und es nur auf Gewinn abgesehen haben. Freundliches Entgegenkommen, Wohlwollen, hilfreiche Unterstützung finden die Pfleglinge vielmehr überall, vielfach beobachtet man Beziehungen zwischen Pflegern und Kranken, wie sie zwischen Verwandten nicht besser sein können. Namentlich kinderlieben Patienten wendet sich überraschend schnell die allseitige Zuneigung von Groß und Klein zu, und ich könnte eine ganze Reihe von Fällen aufzählen, wo zwischen Pflegeeltern und Pfleglingen innige Freundschaftsbande geschlossen wurden, die auch Entlassungen überdauerten. Kranke, welche wegen körperlicher Leiden oder psychischer Exazerbationen vorübergehend in die Anstalt zurückgenommen wurden, gingen der Liebe und Zuneigung ihrer bisherigen Fürsorger nicht verlustig, sondern wurden von ihnen durch Besuche und Liebesgaben, wie Würste, Gebäck, Obst usw., erfreut.

Die Verköstigung ist im allgemeinen nicht nur ausreichend, sondern, wie man bei Visiten während der Essenzeiten konstatieren kann, meist eine reichliche. Auch sagt die Familienkost den Kranken fast durchweg mehr zu wie die Anstaltskost. Hinsichtlich Arbeitsleistungen werden durchschnittlich keine allzu großen Anforderungen an die Pfleglinge gestellt. Auch mangelt es nicht an kleinen Geschenken als Anerkennung für vollbrachte Leistungen.

Die Vorsicht, Patienten nur gut beleumundeten Familien anzuvertrauen, schützt natürlich nicht davor, daß man auch Erfahrungen mit Leuten macht, welche sich zur Krankenverpflegung unbrauchbar erweisen. Familien, welche ihre Schutzbefohlenen kurz und barsch behandeln oder gar, gereizt durch störrisches Verhalten, mitunter auch in wohlgemeinter,

vorwitziger Absicht, ihre Kranken mit Schlägen zur Raison bringen wollen, lassen sich nicht immer von vornherein ausschalten. Fälle, in denen Pfleglinge gewohnheitsmäßig schlecht traktiert oder gar mißhandelt wurden, habe ich allerdings bisher nicht kennen gelernt. Eine öftere und eingehende Anstaltskontrolle gestattet allerdings solche unliebsamen Erscheinungen frühzeitig zu entdecken und Remedur eintreten zu lassen. Zudem pflegt das mehr oder minder gespannte Verhältnis, welches fast stets zwischen Nachbarsleuten in den niederen Volksschichten herrscht, leicht Zuschriften auch anonymer Art an die Anstalt zu veranlassen, durch welche etwaige schlechte Behandlung der Kranken oder sonstige Vorkommnisse zur Kenntnis der Anstalt kommen.

Eine ungenügende Ernährung der Pfleglinge wird leicht bei dem allmonatlich stattfindenden Baden und Wiegen der Kranken erkannt. Der Wohlstand der einzelnen Familien dokumentiert sich nicht immer bei der Verköstigung der Kranken. Fälle unzureichender Verköstigung kommen eher bei besser Situierten als wirtschaftlich minder gut gestellten Familien vor. Eindringliche ärztliche Ermahnung oder, wenn diese nicht fruchtet, vorübergehende Wegnahme der Patienten schafft hier nachhaltigen Wandel. Leute, denen die Pfleglinge wegen schlechter Verköstigung entzogen werden, haben nämlich sehr unter dem Spott und dem Gerede ihrer engeren oder weiteren Nachbarschaft zu leiden und sind glücklich, Kranke wieder zu erhalten, an denen sie ihre früheren Unterlassungssünden gutmachen können.

Hin und wieder zu konstatierende Überanstrengungen der Kranken werden nur selten dadurch hervorgerufen, daß seitens der Familie zur Arbeit getrieben wird, wohl aber dadurch verursacht, daß nicht mit dem nötigen Nachdruck auf Innehaltung der vorgeschriebenen Ruhepausen hingewirkt wurde. Auch hier gelingt es dem Arzte leicht, Abhilfe zu schaffen.

Damit der Anreiz des Familienlebens auf die Patienten genügend einwirken kann, die Familien ihrerseits aber auch in der Lage sind, sich ihrer Pfleglinge ausgiebig genug zu widmen, wird man zweckmäßigerweise für gewöhnlich nicht mehr als 2 Kranke, und zwar gleichen Geschlechts, in eine Familie geben. Die Iltener und Uchtspringer Methode, nach Möglichkeit einen intelligenteren, arbeitsfähigen mit einem stumpferen, weniger oder gar nichts leistenden Patienten zusammenzulegen, hat sich recht gut bewährt. Die Pflegefamilien haben sich dadurch von Anfang an daran gewöhnt, auch sonst weniger begehrtes Krankenmaterial mit in den Kauf zu nehmen. Nach kürzerer oder längerer Zeit wird man einzelne Pflegestellen entdecken, welche besonderes Geschick im Umgang mit Kranken, großes Interesse für ihre Pfleglinge und absolute Zuverlässigkeit in der Ausführung der ärztlichen Anordnungen an den Tag legen. Diesen Leuten kann man dann auch, sofern es ihre Wohnungs- und Wirtschaftsverhältnisse gestatten, unbedenklich einen dritten Kranken

versuchweise in Pflege geben, falls bei jenem Zweifel über seine Qualifikation zum Familienpflegling noch vorhanden sind. Besteht der Kranke die Probe, so kann durch seine Verlegung zu einer anderen Familie sein Platz für ein neues Versuchsobjekt frei gemacht werden. Man kann auf diese Weise viele Patienten, welche man wegen ihrer Vorgeschichte oder wegen mancher früherer Krankheitserscheinungen, wie Suizidgedanken, Gewaltakten, sexueller Neigungen usw., nicht ohne weiteres die größtmöglichste Bewegungsfreiheit zugestehen möchte, der Familienpflege zuführen. Die durch Verdienste begründete Bevorzugung mancher Familien spornt auch andere zum Wetteifer in der Krankenpflege an und trägt zur Verbesserung der Pflegequalitäten nicht unwesentlich bei.

Die in Familienpflege verlegten Patienten werden durch das neue Leben in altgewohnten Verhältnissen, den ungezwungenen Umgang mit ihresgleichen, weitgehendste Bewegungsfreiheit, zusagende Beschäftigung, gewohnte Kost, anregende Erlebnisse und Begebenheiten in Dorf- und Stadtleben, freundliches Entgegenkommen der Familienmitglieder u. a. m. mit Daseinsfreude erfüllt und empfangen dadurch Anreiz zu gesteigerter Geistes- und Körpertätigkeit. Intelligentere Kranke sind glücklich, den Anstaltsfesseln entronnen zu sein, mag die Anstaltsüberwachung auch noch so milde gehandhabt worden sein und ihnen weitgehendste Bewegungsfreiheit gestattet haben. Das Gefühl, wieder wie Gesunde unter Gesunden leben und wirken zu können, läßt viele die Unterbringung in Familienpflege der Anstaltsinternierung den Vorzug geben.

Außerdem hat das familiäre System den Vorzug vor der Anstaltsbehandlung, daß es neben den eben erwähnten Momenten eine viel intensivere Anregung der Patienten dadurch gestattet, daß es einem jeden Kranksinnigen gewissermaßen mehrere Pfleger zur Seite stellt, während die Anstalt mit Rücksicht auf die Unterhaltungskosten nur eine Pflegeperson für eine mehr oder minder große Anzahl von Patienten zu bieten vermag. Der Mangel an Schulung in der Krankenwartung fällt bei diesen Laienpflegern nicht sehr ins Gewicht, weil die ihnen anvertrauten Kranken einer streng sachmäßigen Wartung entbehren können und lediglich einen stärkeren Anreiz zur Hebung ihres Wohlbefindens und zur Förderung ihres Geisteszustandes erfahren sollen.

Daß einzelne Patienten, die sonst als sehr geeignet für Familienpflege erscheinen, sich in derselben nicht wohlbefinden, sich vielmehr wieder nach der Anstalt zurücksehnen, kommt natürlich auch vor. Kranke, die jahre- oder jahrzehntelang in Anstalten gelebt, daselbst eine bevorzugte Stellung innegehabt haben oder sich dort besondere Freiheiten herausnehmen durften, mögen sich oft nicht von der Anstalt trennen, namentlich wenn sie sich dem dolce far niente nach Kräften widmen konnten. Leute, welche den besseren Kreisen entstammen, aber von der Ungunst der Verhältnisse in die niedrigste Verpflegungsklasse verschlagen wurden, haben zuweilen bei sonst ziemlich tiefem geistigen Niveau doch



noch soviel Empfinden für die Zugehörigkeit zu einer höheren Gesellschaftsklasse, daß sie wenigstens öffentlich einer in geringerem Ansehen stehenden Bevölkerung nicht zugerechnet werden wollen. Sie drängen daher teils mit Rücksicht auf ihre Verwandtschaft, teils auch mit Rücksicht auf ihre eigene Persönlichkeit wieder auf Anstaltsverpflegung. Großstädter und bessere Handwerker vermögen sich mitunter nicht an das einfache Landleben zu gewöhnen und mit der ungewohnten Beschäftigung anzufreunden. Sie empfinden die Versetzung in eine ländliche Umgebung gar nicht selten als eine gewisse Zurücksetzung und Erniedrigung. Ist man in der Lage, eine ihren Lebensansprüchen zusagendere Unterkunft bei Beamten, Lehrern, Förstern usw. oder eine ihrem Berufe entsprechendere Beschäftigung nachzuweisen, was ja natürlich nicht überall der Fall ist, so lassen sie sich sehr wohl in Familienpflege halten.

Die erdrückende Mehrzahl der Pfleglinge zieht jedenfalls den Aufenthalt in der Familie, dem in der Anstalt vor, insbesondere weibliche Kranke und idiotische und imbezille Kinder. Daß sich Kinder im Familienkreise und in Gesellschaft von vergnügten Altersgenossen am wohlsten fühlen, ist ohne weiteres verständlich [1]).

Aber auch weibliche Kranke in allen Lebensaltern geben der Familie den Vorzug vor der Anstalt. Familie und Haus sind ja gerade der ureigenste Wirkungskreis für die Frauenwelt. Hier finden sie die ihnen zusagenden Anregungen und damit die erstrebte Ablenkung von ihren kranken Ideen. Diese recht nahe liegende Betrachtung hätte eigentlich zu dem Ergebnis führen müssen, daß in erster Linie und vornehmlich weiblichen Kranken die Wohltaten und Segnungen des familiären Verpflegungssystems teilhaftig geworden wären, dieses ist jedoch leider, wie die Statistik vieler Familienpflegen ergibt, nicht der Fall, und die Zahl der männlichen Pfleglinge überwiegt bei weitem.

Zumeist ist es die Furcht vor Schwängerungen, welche viele Irrenärzte zu größter Vorsicht mahnt und sie von einer Evakuierung weiblicher Kranker in gewissen Lebensaltern abhält. Aber ist die cupido sexualis beim Weibe wirklich so beängstigend? und gibt es keine Mittel, welche die der Weiblichkeit drohenden Gefahren so gut wie völlig fernzuhalten vermögen?

In Uchtspringe und Gardelegen sind seit vielen Jahren Hunderte von weiblichen Kranken aller Lebensalter in Familienpflege, ohne daß ein Fall von Schwängerung eingetreten wäre. Zwei Sittlichkeitsattentate, welche während eines Zeitraumes von fast 16 Jahren versucht wurden,

[1]) Ihre Verlegung in Familienpflege erfolgt seitens der Anstalt jedoch nur dann, wenn nach Äußerung der Lehrkräfte irgendeine geistige Förderung in der Schule absolut nicht zu erreichen ist.



sind rechtzeitig durch die Aufmerksamkeit der Pflegefamilien vereitelt und gerichtlich streng geahndet worden. In den erwähnten Fällen waren die Betroffenen ohne jegliche Avancen ihrerseits von unbekannten Männern überfallen worden. Also eine geschlechtliche Erregung der Pfleglinge kam hier überhaupt nicht in Frage. Die Vorsichtsmaßregeln, welche sich bisher auf das Beste bewährt haben, bestanden und bestehen darin, daß nur solche weibliche Patienten verfänglichen Alters in Pflege kommen, welche nach ihrer Vorgeschichte und ihrem Verhalten in der Anstalt frei von stärkeren erotischen Neigungen befunden werden. Sie kommen nur zu Familien, bei welchen selbst oder in deren unmittelbarer Nachbarschaft sich männliche Personen im Alter von 14 bis 20 Jahren nicht aufhalten. Die weiblichen Pfleglinge tragen auch bei der Familie Anstaltskleidung, welche sie als Zugehörige zur Anstalt der Bevölkerung kenntlich macht. Patientinnen, welche vielleicht wegen ihres sittlichen Verhaltens zu Bedenken Anlaß geben könnten, werden zu besonders zuverlässigen Familien, womöglich in Gesellschaft einer intelligenten, achtsamen, älteren Kranken, in Pflege gegeben. Die in Betracht kommenden Familien werden eindringlichst auf eine gute Beaufsichtigung, welche namentlich eine Annäherung von Männern ausschließt, aufmerksam gemacht. Weibliche Kranke dürfen ohne Begleitung nur bei ausdrücklicher ärztlicher Genehmigung Botengänge in die weitere Nachbarschaft machen. Endlich sorgt eine häufige und genaue Kontrolle von seiten der Anstalt durch geschultes weibliches Ober- und Pflegepersonal sowie der Arzt für präzise Innehaltung dieser Vorschriften. Die Oberin hat auch eine genaue Mensesliste zu führen. Es unterliegt keinem Zweifel, daß diese Vorkehrungen auch anderwärts ausreichen werden, und es wäre zu wünschen, daß auch dort die Unterbringung weiblicher Kranken bei Familien in den durch Erfahrung gesetzten Grenzen erfolgte.

Sind doch die Frauen in den Anstalten hinsichtlich Umfang und Vielseitigkeit der Beschäftigungsgelegenheiten für gewöhnlich ungünstiger gestellt als die Männer, während andererseits die Familienpflege eine recht förderliche Rücksichtnahme auf ihre Individualität in weitgehendstem Maße gestattet. Eine allzu große Ängstlichkeit ist auch nicht am Platze, wenn wir uns vor Augen halten, daß Sittlichkeitsdelikte in der Regel in der Außenwelt nur erfolgen, wo soziale Mißstände, schlechte Erziehung und Verwahrlosung begünstigende Momente abgeben. Bei einer straff organisierten und gut beaufsichtigten Familienpflege sind aber derartige Mißstände ausgeschlossen. Die bloße Möglichkeit, daß eine Schwängerung oder ein Sittlichkeitsdelikt vorkommen kann, darf nicht als ausreichender Grund angesehen werden, daß man Tausenden weiblicher Kranken das familiäre System vorenthält und manchen dadurch einen günstigen Krankheitsausgang verschließt.

Wenn ich nun dazu übergehe, einige Angaben darüber zu machen, welches Kontingent die hauptsächlichsten Psychosen für die Familien-



pflege stellen, so möchte ich von statistischen Zahlenreihen Abstand nehmen. Zweck- und Aufnahmebestimmungen der Anstalten sind zu verschieden, als daß, abgesehen von anderen wichtigen Faktoren, Zahlenangaben irgendwelcher brauchbarer Wert zuzuerkenenn wäre.

Idioten und Imbezille jeglichen Lebensalters eignen sich recht gut zur Unterbringung in Familien und erfahren dort nicht selten erstaunliche Förderung. Bei Anstalten, welche speziell für sie vorgesehen sind, kann ein ziemlich hoher Prozentsatz für Familienpflege in Betracht kommen. Patienten, welche mit Angst- oder Erregungszuständen behaftet sind, solche mit besonders moralischem Tiefstand bei relativ guter Intelligenz (kriminelle Neigungen, Racheakte) oder solche, die einen unverbesserlichen Hang zu Verwahrlosung und Unsauberkeit besitzen, endlich solche mit ausgeprägtestem intellektuellen Tiefstand müssen jedoch hierbei ausscheiden. Gutmütiger Charakter und gleichmäßige zufriedene Stimmung eröffnen die besten Aussichten.

Schizophrene kommen bei Besserungen nach den ersten Krankheitsstadien und in jüngeren Lebensaltern zumeist für Entlassung in die Heimat in Betracht und nur zum geringen Teil auf kürzere oder längere Zeitabschnitte für Familienpflege. Hingegen finden sich unter bejahrten Personen und unter den späteren Krankheitsstadien recht viele für Familienpflege geeignete Elemente. Starke Affekte, jäher Stimmungswechsel, Impulsivität, lebhafte Halluzinationen, weit vorgeschrittene Verblödung und Hang zu Unsauberkeit sind Kontraindikationen. Nicht selten wird durch den Anreiz des Familienlebens erhebliche Besserung, häufig Krankheitsstillstand erzielt, so daß oft nach Jahren noch Entlassungen erfolgen können.

Paranoiker kommen in frühen Krankheitsstadien selten in Frage, meist kann erst bei Eintritt des Seniums eine Verlegung in Familienpflege erfolgen. Zurücktreten der Affekte, Verblassen der Wahnideen und Sinnestäuschungen, gutmütiger Charakter ist Vorbedingung. Da auch nach langjähriger Beruhigung ein starkes Aufflackern der Krankheitssymptome nicht selten zu beobachten ist, so erfordern diese Patienten stets eine besondere ärztliche Kontrolle in der Familienpflege. Zumal die Paranoiker vielfach recht brauchbare Arbeiter sind, wird man sie möglichst lange, am besten bis zu erheblichem Rückgang ihrer Leistungsfähigkeit, in der Anstalt behalten und ihnen dort entsprechende Bewegungsfreiheit gewähren.

Erschöpfungspsychosen kommen, sofern der Krankheitsverlauf nicht andere Richtwege weist, vorwiegend zwecks Beschleunigung der Rekonvaleszenz zu Familien.

Reine Manien und Melancholien sind ja ziemlich selten. Ihre Verlegung in Familienpflege erfolgt ebenfalls, um einen schnelleren Fortgang der Genesung zu erzielen. Sie werden tunlichst zu besonders zuver-



lässigen Pflegefamilien gegeben und möglichst häufig durch geschultes Personal und Arzt besucht. Chronische Manien und Melancholien sowie Manisch-depressive eignen sich in freien Intervallen oft recht gut für Familien, doch sind häufige, wenn auch vorübergehende Rückversetzungen zur Anstalt nicht zu umgehen.

Paralytiker in Remissionsstadien, Senildemente, Arteriosklerotiker lassen sich, weil ihr somatisches Befinden ebenfalls Aufmerksamkeit des Arztes verlangt, nicht gerade häufig in Familien halten.

Epileptiker und Hysterische, welche keine starken Affekte aufweisen, nicht allzu häufig von Anfällen heimgesucht werden und in ihrem Wohlbefinden nicht von der Innehaltung besonderer Diät abhängig sind, können mitunter brauchbare Familienpfleglinge abgeben. Bei ihnen ist jedoch ein öfterer Wechsel der Pflegefamilien von nöten, da sie sich selten längere Zeit bei ein und derselben Familie wohl fühlen. Geisteskranke Epileptiker sind meist so stumpf, reizbar oder verwirrt, daß sie mit verschwindenden Ausnahmen der Anstaltspflege nicht entraten können.

Alkoholpsychosen hingegen halten sich meist recht gut bei Familien.

Im großen ganzen diene bei der Beurteilung eines Patienten hinsichtlich seiner Qualität für Familienpflege als Richtschnur, daß aus der Krankheitsform nur allgemeine Schlußfolgerungen gezogen werden können, daß vielmehr eine genaue Prüfung seines Vorlebens, seiner Charaktereigenschaften, seiner vorherrschenden Gemütsstimmung und seines Verhaltens in der Anstalt ausschlaggebend sein muß. Das Reüssieren eines Pfleglings hängt oft sehr davon ab, daß ebenso wie in der Anstalt auch bei der Familie ganz methodisch in der Heranziehung zur Arbeit vorgegangen wird. Zuerst darf nur ein und dieselbe Handreichung verlangt und erst ganz allmählich zu anderen übergegangen werden. Auch vertragen es viele Patienten nicht, daß sie von einer Beschäftigung, mit der sie sich gerade befassen, zu einer anderen plötzlich abgerufen werden. Auf Reinlichkeit in der Körperpflege und Ordnung in der Kleidung muß stets gesehen werden. Späße und Neckereien sind, falls die Autorität nicht untergraben werden soll, zu unterlassen. Ruhiges, geduldiges, freundliches, wenn auch bestimmtes Auftreten von seiten erwachsener Familienmitglieder ist unbedingtes Erfordernis. Arzt und Pflegepersonal müssen mit zweckmäßigen Ratschlägen und Belehrungen oft zur Hand gehen.

Wie mitunter die Erreichung eines zufriedenstellenden Einvernehmens zwischen Pflegling und Familie von ganz unscheinbaren Nebenumständen abhängig sein kann, dafür nur ein Beispiel.

Ein Kleinbauer erbat sich einen Pflegling, der hauptsächlich seiner Frau eine größere Quantität Wasser zum Tränken des Viehes aus einem Ziehbrunnen heraufbefördern sollte. Zum Schöpfen mittelst Eimers diente eine Stange, an deren einem Ende ein Nagel eingetrieben war, an welchen der Henkel des Eimers angehängt wurde. Einem 20 jährigen, kräftigen Idioten, der als passender Pflegling ausersehen war, gelang es nun nicht, mit

Eimer und Stange fertig zu werden, sondern bei jedem Versuche, Wasser zu schöpfen, fiel der Eimer in den Brunnen. Der Bauer war nach einigen Tagen über die Unbeholfenheit seines Gehilfen recht unglücklich und wollte ihn absolut nicht länger behalten. Auch der Patient, der wohl die Unzufriedenheit seines Pflegevaters aus dessen unzufriedenen Mienen erkannte, schaute verdrießlich drein. Als dann ärztlicherseits der Rat gegeben wurde, die Stange mit einem Karabinerhaken zu versehen, ließ sich der Bauer auf einen weiteren Versuch mit seinem Pflegling ein. Und siehe da, als dem Pflegling die Heraufbeförderung des Wassers nunmehr ohne Mühe gelang, war der Pflegling voll Freude und Stolz über sein Können. Aber auch der Bauer war zufrieden und gab sich, gewitzigt durch dieses Vorkommnis, mit seinem Schutzbefohlenen die größte Mühe. Beide haben sich im Laufe der Zeit so aufeinander eingespielt, daß sie sich wie Brüder lieben.

Wie schon verschiedentlich beiläufig bemerkt wurde, ist eine häufige Kontrolle der Pflegefamilien und ihrer Schutzbefohlenen von größtem Nutzen. Die einzelnen Familien sind vom geschulten Pflegepersonal je nach Anordnung des Arztes in Intervallen von 1—8 Tagen zu besuchen. Der Arzt richtet die Häufigkeit seiner Visiten nach den alltäglichen Rapporten des Pflegepersonals sowie nach eigenem durch die Sachlage gebotenen Pflichtgefühl ein. Vor Ablauf eines Zeitraumes von vier Wochen muß auch er jeden Pflegling mindestens einmal aufgesucht haben. Die Pflegefamilien empfinden die häufigen Kontrollen keineswegs unangenehm. Jedenfalls aber werden durch zahlreiche Besuche aufkommende psychische Veränderungen rechtzeitig entdeckt, Unzuträglichkeiten im Entstehen beseitigt und unliebsame Vorkommnisse vermieden.

Die ärztliche Beaufsichtigung der Familienpflege liegt am besten in der Hand eines älteren Arztes, dem, wennschon er dem Anstaltsleiter unterstellt ist, eine gewisse Selbständigkeit und Verantwortlichkeit einzuräumen ist. Die strikte Innehaltung der seitens der Anstalt erlassenen Vorschriften für die Pflegefamilien ist unbedingt erforderlich. Im Verhältnis zu der Kopfzahl der Pfleglinge wird ihm ein geschultes Ober- bzw. Pflegepersonal von der Anstalt beigegeben.

Der Arzt wird in der Familienpflege Mühe und Arbeit gar bald von schönen Erfolgen gekrönt sehen, die heilsame Wirkung, welche das familiäre Verpflegungssystem allgemein, mitunter sogar bei ziemlich aussichtslosen Fällen, ausübt, wird ihm sicherlich nicht entgehen und ihn oft mit derselben Freude erfüllen, wie sie der Chirurg nach einer schwierigen, aber erfolgreichen Operation verspürt. Ich könnte gar manchen Fall erwähnen, wo langjährige Anstaltsbehandlung keinen nennenswerten Erfolg hatte, ja stetige Rückschritte unverkennbar waren, der in relativ kurzer Zeit



in der Familienpflege staunenswerte Besserung erfuhr. Daß es sich nicht um zufällig eintretende Besserungen handelte, kann ich wohl damit dartun, daß sie auch bei Kranken, die mir von meiner Assistentenzeit in Hildesheim und Göttingen her bekannt waren, und die ich nach vielen Jahren fast in derselben Verfassung wie früher in der geschlossenen Anstalt in Ilten vorfand, eintraten, sobald sie zu Familien verlegt wurden.

Wenn 14- bis 15 jährige und noch ältere Idioten, die nur lallen, aber kein einziges Wort deutlich auszusprechen vermochten, im Verkehr mit den aufwachsenden Kindern ihrer Pflegefamilien sich recht gut sprachlich auszudrücken lernten, wenn Familienmütter, die jahrelang ein teilnahmloses und unzugängliches Wesen in der Anstalt zeigten, nach einem Aufenthalt von wenigen Monaten in Familienpflege frei von allen Krankheitssymptomen zu ihrer und ihrer Angehörigen Freude in ihre Heimat zurückkehren konnten, wenn Männer, die jahrelang untätig herumsaßen und für nichts mehr Interesse zeigten, in der Familienpflege in kurzer Zeit wieder zu Lebensfreude erwachten und nicht selten wieder als erwerbsfähig in die Außenwelt treten konnten, sollten das Zufallsprodukte gewesen sein? Freilich erreichen wir vielfach nicht ganze Erfolge, sondern müssen uns damit bescheiden, den Kranken eine angenehme Heimstätte zu bieten, in der sie sich wohl und zufrieden fühlen.

Schließlich hat die Familienpflege noch den Vorzug, daß sie uns als wichtiges Hilfsmittel dient bei der Entscheidung über die Entlassungsfähigkeit von Kranken, deren Vorleben ihren Übertritt in die Außenwelt nicht unbedenklich erscheinen läßt. Frühere Verbrecher, Säufer, Fürsorgezöglinge usw. führen sich in der Anstalt oft derartig zufriedenstellend, daß ihrem Drängen auf Entlassung triftige Gründe für ein weiteres Verbleiben in der Anstalt kaum entgegengestellt werden können. Die größere Bewegungsfreiheit in der Familienpflege, die scheinbar geringere Aufsicht, dann aber auch das größere Zutrauen zu Leuten ihresgleichen lassen gar bald erkennen, ob ihr gutes Betragen in der Anstalt von Dauer ist oder nur auf den Mangel an Gelegenheit zu Entgleisungen und auf die straffe Anstaltsdisziplin zurückzuführen war. Je nach dem Ausfall der Probe wird man seine Entscheidung mit Sicherheit treffen und bei negativem Resultate dem Drängen aus der Anstalt mit überzeugenden Gründen begegnen können.

Die Beobachtungen, welche man tagtäglich in der Familienpflege machen kann, beweisen evident, daß die Anschauungen mancher Psychiater, die Kranken fühlten sich durchweg in schönen, komfortabel und hygienisch eingerichteten Anstaltsräumen und unter sorgsamer, sachgemäßer Obhut wohler und zufriedener und würden dort in ihrem geistigen Befinden besser gefördert werden, bei einem großen Teil der Anstaltsinsassen nicht zutreffend sind. Gewiß findet sich in der Häuslichkeit und in den Gepflogenheiten vieler Pflegefamilien manches, was betreffs Hygiene, Ordnung, Sauberkeit, Komfort usw. einen Vergleich mit der Anstalt



icht aushält, jedoch liegt es an uns selbst, die notwendigen sanitären
orderungen zu stellen, und sie werden auch bei einiger Energie zugleich
u Nutz und Frommen der Familien selbst in zufriedenstellendem Grade
rreicht. Praktische Ärzte und Geistliche, denen die Verhältnisse in den
flegefamilien lange genau bekannt waren, haben sich oft genug anerkennend und lobend über den Aufschwung der Familien in hygienischer und wirtschaftlicher Hinsicht seit ihrer Belegung mit Kranken ausgesprochen. Das warme Interesse, welches wir Irrenärzte für unsere Pflegebefohlenen haben, darf nun nicht dadurch zum Ausdruck gebracht werden, daß wir jene zu größeren Ansprüchen an Komfort und Wohlleben erziehen. Wir müssen uns vielmehr an unsere rein ärztliche Pflicht erinnern und demnach zu erstreben suchen, daß sie in Verhältnissen, welche ihrer früheren sozialen Lage entsprechen, nach Möglichkeit leistungs- und erwerbsfähig gemacht werden. Auch wo dies nicht oder nur in geringem Maße gelingt, sind wir nicht berechtigt, Kranke an Dinge zu gewöhnen, welche ihnen in ihrem früheren Leben entbehrlich schienen, und für die sie jetzt kaum noch Verständnis besitzen.

Angesichts der von Jahr zu Jahr gewaltig ansteigenden Kosten, welche die Irrenfürsorge erheischt, muß uns Ärzten daran gelegen sein, die kostspieligen Anstaltsplätze und -Einrichtungen lediglich nur für Kranksinnige zu benutzen, welche ihrer nach ärztlichem Ermessen durchaus nicht entraten können. Wir dürfen es daher nicht im Interesse unserer Schutzbefohlenen darauf ankommen lassen, daß schließlich die Behörden auf Grund schwieriger Finanzzustände unseren, den wissenschaftlichen Erfahrungen und Fortschritten Rechnung tragenden Forderungen hemmend oder gar hindernd entgegentreten. Vielmehr sollten wir jegliches Mittel auch in praxi ernstlich prüfen, welches ohne Schaden für unsere Kranken einen günstigen Einfluß auf die Lösung der leidigen Kostenfrage zu gewinnen vermag.

Wenn ich nunmehr zur Besprechung der Kostenfrage übergehe, so lege ich dabei hauptsächlich die finanziellen Ergebnisse bei den Anstalten Uchtspringe und Ilten zugrunde.

In Uchtspringe werden für erwachsene Kranke der III. Verpflegungsklasse seitens der Provinz Sachsen 1,50 M. pro Kopf und Tag an Unterhaltungskosten in Rechnung gestellt. Für Familienpfleglinge in Gardelegen und den übrigen Ortschaften wurde pro Kopf und Tag ein Pflegesatz von 0,80 M. bezahlt. In Ilten erstattet die Provinz Hannover ein Pflegegeld von 1,40 M. pro Kopf und Tag, während die Anstalt für den Familienpflegling an Kostgeld 0,75 M. pro Kopf und Tag ausgibt. An beiden Anstalten kommt zu diesem Pflegegeld ein Betrag von ca. 30 bis 40 M. pro Kopf und Jahr für Bekleidung, Anstaltsaufsicht, Bäder, Tabaklieferungen usw. hinzu.

Nun wird in Uchtspringe bzw. Gardelegen durch Verlegung von Pensionären der I. und II. Verpflegungsklasse ein Reingewinn von 1 bis 2 M.

bzw. 0,75 bis 1 M. pro Kopf und Tag erzielt — Unkosten für Bekleidung usw. fallen ja bei Pensionären weg — und damit die Betriebskosten wesentlich herabgemindert.

In Ilten werden Ersparnisse dadurch gemacht, daß wegen der großen Nähe umfangreicher Ortschaften für die Familienpflege kein besonderes Arzt- und Pflegepersonal angestellt zu werden braucht. Die Unterhaltungskosten für einen Familienpflegling sind daher an beiden Anstalten um $^1/_3$ bis $^2/_5$ geringer als die für einen Anstaltsinsassen. Mit einem Pflegesatze von 0,80 M. pro Kopf und Tag dürfte man wohl im allgemeinen auskommen, und es wird sich mindestens eine Verbilligung um ¼ selbst bei ungünstigen Verhältnissen anderwärts erzielen lassen.

Die Ansicht *Alts*, daß von den nach dem Gesetz vom 11. Juli 1891 in den preußischen Provinzialanstalten unterzubringenden Geisteskranken ca. 25 % sich für das familiäre Verpflegungssystem eignen, ist nach meinem Dafürhalten, soweit das Krankenmaterial einer ganzen Provinz in Frage kommt, zutreffend und nicht zu hoch gegriffen. An den einzelnen Anstalten kann allerdings das Prozentverhältnis allein infolge der Verschiedenartigkeit des zugewiesenen Krankenmaterials (Idioten-, Epileptiker- usw. Anstalten) erheblich differieren. So ist Uchtspringe an der bereits über 700 Köpfe zählenden Familienpflege der Provinz Sachsen mit über 30 % beteiligt. Ilten, welches Kranke der III. Verpflegungsklasse aus den Anstalten Göttingen, Hildesheim, Lüneburg und Osnabrück in Pflege erhält, hat bei einem Bestand von 781 männlichen Provinzialkranken 176 = 22½ % in Familienpflege, obwohl nur unheilbare und im Durchschnitt nicht gerade angenehme Kranke überwiesen werden.

Man kann an Hand dieser Angaben leicht für heimische Verhältnisse eine Berechnung darüber anstellen, welche Verminderung den Unterhaltungskosten für Geisteskranke nach hinlänglicher Einführung des in Rede stehenden Verpflegungssystems in Aussicht stände.

Über den Einwurf, daß durch die Familienpflege eine große Zahl entlassungsfähiger Patienten zurückgehalten wurden, verliere ich kein Wort. Jeder Kollege kann sich durch genaue Prüfung der einschlägigen Verhältnisse jeder Zeit davon überzeugen, ob dieser Einwurf bei dieser oder jener Familienpflege berechtigt ist.

Am Schlusse meiner Ausführungen möchte ich nicht zu betonen verfehlen, daß ich objektiv und ohne jede Schönfärberei die Vorzüge des familiären Verpflegungssystems auf Grund 15 jähriger Erfahrung bei den Anstalten Göttingen, Uchtspringe und Ilten darzutun versucht habe. Von unangenehmen Ereignissen weiß ich, abgesehen von den zwei Sittlichkeitsattentaten, gottlob nur 2 Fälle zu berichten, obschon ich viele Hundert Patienten in Familienpflege gegeben und eine ganze Anzahl neuer Ortschaften diesem Verpflegungssystem erschlossen habe.



Eine Patientin verlor ich durch Verbrennung. Sie war mit ihren Kleidern dem offenen Herdfeuer zu nahe gekommen, und diese standen alsbald in Flammen. In ihrer Angst suchte sie sich ins Freie zu retten und konnte erst von ihrer Pflegefamilie eingeholt und von den Flammen befreit werden, nachdem tödliche Verletzungen eingetreten waren. Der zweite Fall betraf einen Suizidversuch, den ein bejahrter Pflegling in einem Asthmaanfall mit einem Rasiermesser vorgenommen hatte, welches ihm von seinem Sohne (Bahnbeamter) gelegentlich eines Besuches heimlich zugesteckt war. Durch rechtzeitiges Eingreifen seiner Pflegefamilie kam es nur zu stark blutenden Hautwunden am Halse, welche zur Heilung gebracht wurden.

Entweichungen kamen zwar alljährlich mehrere vor, hauptsächlich bei halluzinierenden Patienten, doch hatten sie nachteilige Folgen weder für die betreffenden noch für dritte Personen. In den meisten Fällen erfolgte die alsbaldige Einlieferung in die Anstalt.

Gegenüber den dargelegten Vorteilen des familiären Pflegesystems können solche vereinzelten bedauerlichen Vorfälle, welche sich auch in den Anstalten trotz größter Aufmerksamkeit und Sorgfalt nicht immer vermeiden lassen, nicht ins Gewicht fallen. Mit gutem Gewissen kann ich daher jedem Anstaltsleiter empfehlen, einen praktischen Versuch mit Familienpflege zu unternehmen. Sollten ihm meine Darlegungen hierbei etwas von Nutzen sein können, so würde ich dies im Interesse der bedauernswertesten aller Menschen mit aufrichtiger Freude begrüßen.





Über das numerische Verhältnis der Ärzte und Pflegepersonen in den öffentlichen und privaten Heil- und Pflegeanstalten für Geisteskranke zur Anzahl der Kranken.

Von

Regierungsrat Dr. **H. Schlöss,** Dir. der Landesanstalt „Am Steinhof“ bei Wien.

Um das numerische Verhältnis der in öffentlichen und privaten Heil- und Pflegeanstalten für Geisteskranke angestellten Ärzte zur Anzahl der Kranken einesteils, andernteils das numerische Verhältnis der in diesen Anstalten bediensteten Pflegepersonen zur Anzahl der Kranken studieren zu können, habe ich im Winter 1912 Fragebogen an die österreichischen, deutschen, französischen, englischen, italienischen, belgischen, niederländischen und schweizerischen Anstaltsdirektionen geschickt. Da der Bedarf an Ärzten in einer Heil- und Pflegeanstalt auch von der Zahl der zur Aufnahme gelangenden Kranken beeinflußt werden muß, bezog sich eine der Fragen auch auf die Aufnahmezahl. Es wäre wohl richtiger gewesen, die durchschnittliche Aufnahmezahl in den letzten 5 oder 10 Jahren zu erbitten. Da ich aber aus Erfahrung weiß, daß Fragebögen, wenn sie nicht leicht und sozusagen von der Hand weg beantwortet werden können, in häufigen Fällen unbeantwortet bleiben, habe ich mich mit der Aufnahmezahl im Jahre 1911 begnügt, wie denn überhaupt alle Fragen — die Arbeit wurde 1912 begonnen — sich auf das Jahr 1911 bezogen.

Diese Fragen, welche je nach dem Sitze der Anstalt in deutscher, französischer, englischer oder italienischer Sprache verfaßt waren, lauteten:

1. Wie groß ist die systemisierte Anzahl der Ärzte in der dortigen Anstalt?
2. Wie groß war die Anzahl der Pflegepersonen in der dortigen Anstalt im Jahre 1911?
3. Wie groß war der Krankenstand Ende 1911?
4. Wie groß war die Aufnahmezahl im Jahre 1911?

Das Werk von *Hans Laehr*: „Die Anstalten für Psychisch-Kranke in Deutschland, Deutsch-Österreich, der Schweiz und den baltischen Ländern“ gab mir Aufschluß über die Anstalten in den angeführten Ländern. Ein Verzeichnis der französischen Anstalten erhielt ich durch die Güte des Herrn Kollegen *A. Marie* in Villejuif, Seine-Departement; bezüglich



der englischen Anstalten wandte ich mich an Dr. *C. Easterbrook*, med. Superintendenten in Dumfries (Scotland), Crichton royal institution. Ein Verzeichnis der italienischen Anstalten erhielt ich von Dr. *Quirto*, Direktor im Manicomio di Palermo. Die belgischen Anstalten wurden mir von Herrn Direktor Dr. *Peeters* in Gheel namhaft gemacht. Das Verzeichnis der niederländischen Anstalten erhielt ich durch die Güte des Herrn Staats-Inspektors Dr. *van Deventer*. An der Hand dieser Verzeichnisse konnte ich mich an die einzelnen Anstalten wenden. Herr Dr. *Easterbrook* sandte mir zwar kein Verzeichnis, wohl aber das Werk: „Hospitals and Charities 1910, the Year Book of Philanthropy and Hospital Annual" von Sir Henry Burdett, wechem Werke die gewünschten Daten mit Ausnahme der Zahl der Aufnahmen entnommen werden konnten. Der Inhalt dieses Werkes war für den Zweck der vorliegenden Arbeit um so wertvoller, als aus demselben nicht nur die gewünschten Daten der Anstalten in England und Wales, Schottland und Irland, sondern auch jene der englischen Kolonien, ferner jene der Vereinigten Staaten von Nord-Amerika entnommen werden konnten.

Es würde die Übersichtlichkeit meiner Arbeit beeinträchtigen, wollte ich die einzelnen Anstalten anführen mit den Zahlen von Ärzten, Pflegepersonen usw. Es handelt sich auch nicht darum, die numerischen Verhältnisse zwischen Ärzten und Kranken und zwischen Pflegepersonen und Kranken in den einzelnen Anstalten festzustellen, vielmehr darum, diese Verhältniszahlen in den einzelnen Ländern zu ermitteln. Ich habe daher nach den einzelnen Ländern die betreffenden Durchschnittszahlen berechnet, wobei ich bemerke, daß nur bei Großbritannien und seinen Kolonien, ferner bei den Vereinigten Staaten von Nordamerika sämtliche in diesen Ländern existierende öffentliche Anstalten in Betracht gezogen werden konnten, während bei den übrigen Ländern (Österreich, Deutschland, Frankreich, Italien, Schweiz, Belgien und Niederlande) nur jene Anstalten in Rechnung kommen konnten, welche meinen Fragebogen einer Antwort gewürdigt haben.

Es kommen dem Gesagten zufolge in Betracht:

in Österreich (mit Ausnahme von Niederösterreich)	15	Anstalten
„ Deutschland	107	„
„ Frankreich	38	„
„ Italien	7	„
„ der Schweiz	14	„
„ Belgien	24	„
„ den Niederlanden	22	„
„ Großbritannien und seinen Kolonien	266	„
„ Nordamerika	138	„

Die niederösterreichischen Anstalten werden des Vergleichs wegen im folgenden gesondert betrachtet.

Die nachstehenden Tabellen geben in übersichtlicher Weise die Anzahl der Ärzte, der Pflegepersonen, der Kranken, der Aufnahmen an —



sämtliche Daten auf das Jahr 1911 bezüglich — und in den weiteren Rubriken, wie viele Kranke und wie viele Aufnahmen durchschnittlich auf einen Arzt, endlich wie viele Kranke durchschnittlich auf eine Pflegeperson kommen.

Name des Landes	Zahl der Ärzte	Zahl der Pflege-personen	Krankenstand Ende 1911	Aufnahmen 1911	Es kommt mithin ein Arzt auf		Eine Pflegeperson auf — Kranke
					Kranke	Aufnahmen	
Österreich mit Ausnahme von Niederösterreich	96	1710	11051	5061	115	53	6.46
Deutschland	726	13741	81270	32855	112	45	5.91
Frankreich	150	3308	33814	7446	225	50	10.22
Italien	23	227	2844	3953	124	172	12.52
Schweiz	52	888	6058	2697	116	52	6.82
Belgien mit Ausnahme von Gheel und Lierneux[1]	49	980	7615	1933	155	39	7.77
Niederlande	67	1767	9240	2752	138	41	5.22
Großbritannien[2] (England u. Wales, Schottland, Irland, Kanal-Inseln und Insel Man)	549	15472	Summe der Kranken in sämtlichen Anstalten 153319	Summe der Kranken in jenen Anstalten, deren Pflegerstand verzeichnet war[3]) 141769	279		9.16
Britische Besitzungen in Australien	67	1861	20153	19891	301		10.68
Kanada	52	1387	14319	14319	275		10.32
Sonstige britische Besitzungen	64	1293	15881	13821	248		10.68
Summe	732	20013	203672	189800	278		9.48
Vereinigte Staaten von Nordamerika	662	13192	182334	180600	275		13.69

[1]) Die auf Gheel und Lierneux bezüglichen Daten wurden ausgeschaltet, da in der Familienpflege andere Verhältnisse vorliegen als in der Anstalt.

[2]) Die Daten in bezug auf Großbritannien und Nordamerika sind dem Werk *Burdetts*: Hospitals and Charities 1910, entnommen.

[3]) In dem angeführten Werke findet sich zwar bei vielen, aber nicht bei allen Anstalten die Anzahl der Pfleger verzeichnet.




Aus diesen Zusammenstellungen ergeben sich interessante Daten. Nehmen wir zuerst das numerische Verhältnis der Anstaltsärzte zur Anzahl der Kranken. Es kommt ein Arzt

in Deutschland	auf	112	Kranke
„ Österreich (mit Ausnahme von Niederösterreich)	„	115	„
„ der Schweiz	„	116	„
„ Italien	„	124	„
„ den Niederlanden	„	138	„
„ Belgien	„	155	„
„ Frankreich	„	225	„
„ Nordamerika	„	275	„
„ Großbritannien	„	278	„

Deutschland weist also in dieser Beziehung die günstigsten, Großbritannien die ungünstigsten Verhältnisse auf.

Anders steht die Sache, wenn wir das numerische Verhältnis der Anstaltsärzte zur Zahl der Aufnahmen feststellen. Es kommt ein Arzt

in Belgien	auf	39	Aufnahmen
„ den Niederlanden	„	41	„
„ Deutschland	„	45	„
„ Frankreich	„	50	„
„ der Schweiz	„	52	„
„ Österreich	„	53	„
„ Italien	„	172	„

Auffallend sind die aus Italien berichteten Ziffern. Es haben nur 7 italienische Anstalten die Fragebögen beantwortet. In diesen 7 Anstalten fand sich im Jahre 1911 ein Gesamtkrankenstand von 2844 bei 3953 Aufnahmen, während in allen anderen Ländern das Verhältnis ein umgekehrtes ist [1]).

Das numerische Verhältnis der Pflegepersonen zum Krankenstand stellt sich wie folgt dar:

Es kommt eine Pflegeperson

in den Niederlanden	auf	5.22	Kranke
„ Deutschland	„	5.91	„
„ Österreich (außer Niederösterreich)	„	6.46	„
„ der Schweiz	„	6.82	„
„ Belgien	„	7.77	„
„ Großbritannien	„	9.48	„
„ Frankreich	„	10.22	„

[1]) Obwohl zwei dieser Anstalten ausdrücklich als „manicomio“ bezeichnet sind, dürfte es sich doch in diesen zwei Fällen nur um psychiatrische Abteilungen allgemeiner Krankenhäuser, in den übrigen fünf Fällen um Krankenhäuser handeln, die auch psychisch Kranke aufnehmen.





in Italien .... „ 12.52 Kranke
„ Nordamerika .... „ 13.69 „

Es ist natürlich nicht möglich, für alle diese Verhältnisse eine Aufklärung zu geben. Bezüglich des ungünstigen numerischen Verhältnisses der Ärzte zur Anzahl der Kranken in Großbritannien (1 : 278) habe ich mich an Dr. *Easterbrook*, Superintendent in der Anstalt zu Dumfries (Scotland) um Aufklärung gewendet. Er erklärt mir brieflich die verhältnismäßig geringe Anzahl der Ärzte in den englischen Anstalten mit folgenden Worten: „Even in the largest asylums in this country, the great majority of the population is a permanently resident one. The largest asylums in the country, e. g. those in the London district and in Lancashire, containing about 2400 beds, admit only 600 patients a year, as compared with the 3000 patients who are admitted annually into Steinhof." Der Schwerpunkt dieser Mitteilung liegt in der Tatsache, daß die englischen Anstalten bei ihrer verhältnismäßig bescheidenen Anzahl von Aufnahmen mit einer relativ geringen Zahl von Ärzten ihr Auskommen finden können.

In den niederösterreichischen Anstalten stellen sich die besprochenen Verhältnisse wie folgt:

Name der Anstalt	Zahl der Ärzte	Zahl der Pflegepersonen	Krankenstand Ende 1911	Aufnahmen 1911	Es kommt mithin ein Arzt auf		Eine Pflegeperson auf Kranke
					Kranke	Aufnahme	
Wien (Steinhof)	24	532	3310	3051	137	127	6.21
Mauer-Oehling	9	215	1494	276	166	30	6.94
Klosterneuburg	5	93	664	147	133	30	7.13
Gugging	7	130	1072	275	153	40	8.24
Ybbs	4	93	716	91	180	22	7.68
	49	1063	7256	3840	148	78	6.82

Vergleichen wir diese Ziffern mit den für andere Länder erhobenen Durchschnittszahlen, so kommen wir zu folgenden Ergebnissen:

In den niederösterreichischen Landes-Heil- und Pflegeanstalten für Geisteskranke kommt ein Arzt auf 148 Kranke. Diesbezüglich sind die Verhältnisse günstiger

in Deutschland (1 : 112),
„ den übrigen österreichischen Provinzen (1 : 115),
„ der Schweiz (1 : 116),
„ Italien (1 : 124),
„ den Niederlanden (1 : 138).

In den niederösterreichischen Anstalten kommt ferner ein Arzt durchschnittlich auf 78 Aufnahmen. Diesbezüglich liegen — wie ein Blick auf die entsprechende Tabelle zeigt — die Verhältnisse überall günstiger



als in Niederösterreich. Nur in Italien — dessen Angaben, wie bereits gesagt, gerechte Zweifel einflößen — kommt ein Arzt auf 172 Kranke.

Was das Verhältnis der Zahl der Pflegepersonen zu jener der Kranken anbelangt, so kommt in Niederösterreich eine Pflegeperson auf 6.82 Kranke. Diesbezüglich sind die Verhältnisse in den Niederlanden, in Deutschland, in den übrigen österreichischen Provinzen günstiger, in der Schweiz liegt das gleiche Zahlenverhältnis vor.

Am ungünstigsten liegen die Verhältnisse am Steinhof, und die vorstehenden Tabellen geben der Überbürdung der Ärzte in dieser Anstalt beredten Ausdruck. Noch drastischer tritt dieses Faktum zutage, wenn die auf die Heil- und Pflegeanstalt am Steinhof bezüglichen Daten und jene des Sanatoriums getrennt und erstere mit den Daten der Heil- und Pflegeanstalten in Österreich und fremden Ländern, letztere mit den Daten, welche andere Sanatorien für Geisteskranke geliefert haben, verglichen werden.

Name der Anstalt	Zahl der Ärzte	Zahl der Pflegepersonen	Krankenstand Ende 1911	Aufnahmen 1911	Es kommt ein Arzt auf		Eine Pflegeperson auf Kranke
					Kranke	Aufnahmen	
Steinhof Gesamtanstalt ...	24	532	3310	3051	137	127	6.21
Heil- und Pflegeanstalt am Steinhof	19	385	2983	2687	157	140	7.74
Sanatorium Steinhof	5	147	327	364	65	73	2.22

Es kommt mithin in der Heil- und Pflegeanstalt ein Arzt auf 157 Kranke und auf 140 Aufnahmen, eine Pflegeperson auf mehr als 7 Kranke.

Die Ziffern, welche das Sanatorium anbelangt, können nur richtig eingeschätzt werden, wenn sie mit den von anderen Sanatorien gelieferten Daten in Vergleich gestellt werden. In 20 Sanatorien für Geisteskranke (diese Sanatorien befinden sich teils in Österreich, teils in Deutschland, teils in der Schweiz) kommt im Durchschnitt ein Arzt auf 56 Kranke, 27 Aufnahmen, eine Pflegeperson auf 4.28 Kranke. Das numerische Verhältnis der Pflegepersonen zur Zahl der Kranken (1 : 2.22) gestaltet sich im Sanatorium Steinhof deswegen günstiger, als der Durchschnitt in den anderen in Rechnung gezogenen Sanatorien (1 : 4.28), weil unter letzteren auch solche Privatanstalten für Geisteskranke angeführt sind, welche auf öffentliche Kosten Geisteskranke verpflegen, in welchen Anstalten natürlich das numerische Verhältnis zwischen Pflegepersonen und Kranken nicht Sanatoriumsverhältnissen entspricht, wodurch der Durchschnitt natürlich beeinflußt wird.



Die soziale Stellung des Anstaltarztes.

Von

Prof. Dr. **van Deventer,** Amsterdam.

Der Wirkungskreis des Anstaltarztes sowie der des Psychiaters überhaupt hat sich im Laufe der letzten Dezennien bedeutend geändert.

Seine Aufgabe hat sich erheblich ausgedehnt, ist immer mehr sozialer Art geworden. Allgemein ist das Bestreben nach einer Differenzierung nach der Unterbringung des Kranken in einem ihm geeigneten Milieu. Im Zusammenhang hiermit haben die Hilfsmittel zu seiner Genesung oder Besserung, zu seiner gesellschaftlichen Anpassung zugenommen.

An die Stelle der Irrenanstalt sensu strictiore, des Universalheilmittels der früheren Zeit, sind eine Anzahl Behandlungs-, Verpflegungs- und Versorgungsverfahren getreten; die Verpflegung in der Familie nimmt unter diesen eine wichtige Stelle ein.

Der Begriff Geisteskrankheit hat sich erweitert, umfaßt nicht nur die Irrsinnigen, sondern auch die Psychopathen, und zwar die Altersschwachen, die schwachsinnigen und geistig zurückgebliebenen Kinder, die geistig Minderwertigen, die Epileptiker, die Alkoholiker und dergleichen.

Allenthalben bricht sich der Gedanke Bahn, daß seitens der Regierung dafür Sorge getragen werden müsse, daß jedem, der wegen Abnormität der Stütze, Leitung oder Aufsicht bedarf, dieselbe nicht vorenthalten werde, daß es keinen prinzipiellen, sondern nur einen graduellen Unterschied zwischen dem Geisteskranken und dem Irrsinnigen gebe. Sobald als möglich müßten die Interessen aller geistig Minderwertigen, welche dabei in Betracht kommen, gewahrt werden.

Durch genaue Beobachtung der Elementarschüler, sowohl was den Schul- wie den Fachunterricht betrifft, sowie auch der Kinder, die wegen Abnormität die gewöhnliche Schule nicht besuchen, kann dieser Anforde-

rung leicht Rechnung getragen werden. Diese Beaufsichtigung gehört zu der Aufgabe des Psychiaters. Dessen Arbeit beschränkt sich nicht mehr wie früher ausschließlich auf die Anstalt, sondern erstreckt sich über eine Menge Irrsinnige und Geisteskranke, welche in eigener Wohnung, bei Verwandten, in fremden Familien, in Armen- und Arbeitshäusern, Männer- und Frauenheimen oder andern philanthropischen Anstalten verpflegt werden. Ein nicht unerheblicher Prozentsatz der Bevölkerung dieser Versorgungsanstalten gehört zu den Geistesabnormen.

Solches gilt ebenfalls von den Zwangserziehungsanstalten, den Staatserziehungsanstalten, den Staatsarbeitsanstalten, den Strafgefängnissen und dergleichen.

Im Zusammenhang mit den neueren Anforderungen haben sich auch in den Zentren der Bevölkerung in wachsender Zahl Spezialisten der Psychiatrie niedergelassen.

Auch Sanatorien für Nerven- und Geisteskranke werden allmählich in allen Kulturstaaten errichtet und die Leitung derselben einem Psychiater-sachverständigen übertragen. Seit der Errichtung von Sanatorien für bestimmte Kategorien von Geisteskranken sowie für Alkoholiker, für Epileptiker und dergleichen trat hell zutage, wie schwierig es sein kann und oft ist, eine schaffe Grenze zwischen Irrsinn und Geisteskrankheit zu ziehen, z. B. zu entscheiden, ob ein Patient ein Trunkenbold, ein Alkoholiker oder ein Irrsinniger ist; Trunksucht ist oft verbunden mit Verbrechen, mit Epilepsie und verschiedenen andern Formen der Geistesstörung, wobei es fraglich ist, welche Abweichung als die primäre zu betrachten sei. Vom theoretischen Gesichtspunkt ist es oft schwer, dergleichen Fragen mit genügender Sicherheit zu beantworten. So kann z. B. ein Epileptiker bald als normal imponieren, bald hingegen ganz das Bild eines gefährlichen und schädlichen Irrsinnigen zeigen. Aus praktisch-psychiatrischem Gesichtspunkt haben solche theoretischen Schwierigkeiten wenig auf sich; muß doch der Patient in seinem Zustand entsprechende Verhältnisse gebracht werden. Für ihn gilt die Regel non nocere, daß ihm kein Schaden zugefügt werde. Diese Bedingung schließt in sich, daß dem Geisteskranken befugte ärztliche Hilfe nicht vorenthalten werden darf.

Ein großer Prozentsatz der Geistesabnormen kann in eigener Umgebung verpflegt werden, falls den von sachverständiger Seite zu stellenden Anforderungen genügt werden kann. In jeder Gemeinde, auch auf dem Lande, soll die Ortsaufsicht über die Geisteskranken außerhalb der Irrenanstalten und der diesen ähnlichen Anstalten organisiert werden; es soll nicht nur der Patient selbst, sondern auch das Milieu berücksichtigt werden, in dem er untergebracht worden ist; weiter soll den gesellschaftlichen Interessen, den Forderungen der Sicherheit, Ordnung und Sittlichkeit Rechnung getragen werden.

In bezug auf die speziellen Anforderungen, welche die Geisteskrank-



heit stellt, ist es erwünscht, daß dem Arzt bei seiner Arbeit die Krankenpflegerinnen für die Familienpflege (holl. wykverpleging) zur Seite stehen.

In jeder Gemeinde oder in jedem Komplex kleinerer Gemeinden soll es ein Krankenhaus geben, den Geisteskranken observieren und zeitweilig verpflegen zu können. Durch den Zustand des Patienten wird bedingt, ob er wieder in seine frühere Umgebung zurückkehren, ob ihm eine geeignete Familie, eine Versorgungs- oder Pflegeanstalt am Orte oder anderswo angewiesen werden oder aber, ob er in eine Irrenanstalt oder eine dieser ähnlichen Anstalt aufgenommen werden soll.

Die Rückkehr in die Gesellschaft werde so viel als möglich gefördert, und es werde verhütet, daß der Patient regelrecht zu einem Anstaltbewohner erzogen werde.

Wie aus obigem hervorgeht, hat sich in der jetzigen Zeit den Psychiatern außerhalb der Irrenanstalt ein weites Arbeitsfeld erschlossen. Psychiater, welche ehemals zu dem Stab der Anstaltärzte gehörten, betrachten jetzt oft die Irrenanstalt als ein Passantenhaus, als eine Schule für Psychiater, für ihre praktische Ausbildung zum Spezialisten. Ihre Zahl wächst fortwährend. Auf diese Weise werden vorzügliche Kräfte dem Anstaltdienst entzogen.

Was die Irrenanstalt betrifft, sei darauf hingewiesen, daß auch das Arbeitsfeld des Anstaltarztes gradatim bedeutend größer geworden ist, und zwar in dem Maße, daß auf die Dauer der Arzt-Direktor nicht mehr das Ganze zu umfassen vermag, wo jetzt die Anforderungen fortwährend sich steigern, an Intensität und Extensität zunehmen.

Die Anstalt hat sich tatsächlich in ein Krankenhaus für eine bestimmte Gruppe von Patienten verwandelt und kann in jeder Hinsicht den Vergleich mit andern Krankenhäusern aushalten, sowohl in bezug auf Bau, Einrichtung und Betrieb als wissenschaftliche Arbeit; dies gilt namentlich von deutschen Irrenanstalten.

Der Anstaltirrsinnige wird nicht nur auf dem eigentlichen Anstaltgebiet verpflegt, sondern auch außerhalb desselben, in der Familie, in organischem Zusammenhang mit der Anstalt.

In der modernen Irrenanstalt gibt es eine wissenschaftliche Abteilung mit den dazu gehörigen Laboratorien, deren Zahl immer größer wird und sowohl dem wissenschaftlichen Studium der psychopathologischen und der damit zusammenhängenden Probleme wie der genauen Untersuchung des Geisteskranken dienen.

Für den eben aufgenommenen Patienten ist eine Spezialabteilung, die Observationsabteilung, bestimmt, wo er genau observiert, die Indikation gestellt, die Lebensregel vorgeschrieben wird, und von wo aus er in der ihm angewiesenen Abteilung untergebracht wird.



Die Hilfsmittel zur Untersuchung des Patienten haben fortwährend zugenommen und erfordern spezielle Kenntnisse. Dasselbe gilt und in nicht geringerem Maße von den Mitteln, die Genesung oder die Besserung des Geisteskranken zu befördern. Als Beispiel sei nur auf die Bewegungstherapie und die Arbeitsverschaffung hingewiesen.

Das Behandlungs- und Verpflegungsverfahren hat sich im allgemeinen ganz geändert; an Stelle des Zwanges ist die freie Behandlung getreten, die sogenannte gebundene Freiheit, was permanente und genaue Überwachung, also größere Verantwortlichkeit des Anstaltarztes, in sich schließt.

Eine wichtige Aufgabe, welche dem Anstaltarzt obliegt, ist die Heranbildung des Anstaltpersonals, nicht nur der Krankenpfleger, sondern aller, welche mit der Sorge für und der Aufsicht über die Patienten beauftragt sind, also auch der Verpflegerfachleute, der Beamten für Schul- und Fachunterricht.

Aus diesem und jenem ergibt sich, daß an den Anstaltarzt sehr schwere und weitgehende Anforderungen gestellt werden müssen. Die speziellen Kenntnisse, welche er besitzen muß, haben nach und nach solch einen Umfang erreicht, daß schon jetzt für den Anstaltarzt eine Verteilung der Arbeit notwendig geworden ist.

Sehr verschiedenartig sind nicht nur das wissenschaftliche Studium s. s. und die praktische Psychiatrie, z. B. die eigentliche klinische Arbeit; dies gilt ebenfalls von den Unterabteilungen.

An den Arzt-Direktor werden naturgemäß sehr hohe Anforderungen gestellt. Als leitender Direktor soll er ein Organisator sein, der die immer zunehmenden und wechselnden Anforderungen zu berücksichtigen weiß, ein Kliniker, ein Expert der forensischen Psychiatrie, ein Administrator, ein Soziolog, ein Ökonom, ein Pädagog, ein Spezialist auf dem Gebiet des Krankenhausbaues und der Einrichtung eines Krankenhauses, der rechte Berater in mehrfachen sozial-medizinischen Fragen, speziell was die Psychologie und die Psychopathologie betrifft, für welche dieselben Grundsätze gelten, zwischen welchen es einen allmählichen Übergang gibt. Außerdem wird er als der rechte Berater in einer Reihe speziell gesellschaftlich-medizinischer Fragen betrachtet, z. B. der Bekämpfung von Volksübeln, wie Alkoholismus, Syphilis, Tuberkulose und dergleichen, des Einflusses des Trauma auf die psychische Beschaffenheit, der Prophylaxis des Irrsinns.

Schon jetzt ist man bemüht, das Arbeitsfeld des Arzt-Direktors zu beschränken.

In mehreren Anstalten beschränkt der Arzt-Direktor sich auf die allgemeine Leitung. Die Folge dessen wird sehr leicht sein, daß der Vorsteher auf die Dauer nicht genügend von dem Lauf der Angelegenheiten, von den zu stellenden Anforderungen unterrichtet sein wird, eine Gefahr, welche besonders eintreten wird, wenn er keine eigene Krankenabteilung



hat, den klinischen Angelegenheiten fernbleibt, sich in administrativen und daraus erwachsenden Angelegenheiten verliert.

In bezug auf die Irrenanstalt selbst ist allmählich aus ökonomischen und andern Gründen das Bestreben in den Vordergrund getreten, die Anstalt für eine übergroße Anzahl Patienten zu bestimmen, bedeutend größer als das, was erfahrene Psychiater als Maximum ansehen.

Auf dem Internationalen Kongreß für Irrenpflege, der im vergangenen Januar in Moskau abgehalten wurde, hat *Alt* nochmals auf die durchaus nicht bewiesene Behauptung aufmerksam gemacht, daß die betreffenden Riesenanstalten, was Bau, Einrichtung und Betrieb angeht, aus finanziellen Rücksichten den Vorzug hätten vor einer Anstalt für 600 bis 800 Irrsinnige. Er wies u. a. auf eine Schwierigkeit hin, welche nicht geringgeschätzt werden darf, daß mit der Ausdehnung der Anstalt die für den Anstaltarzt doch schon so geringe Aussicht beschränkt wird, später als Arzt-Direktor in Betracht zu kommen. Selbstverständlich muß dies die Zufuhr geeigneter und bleibender Arbeitskräfte beeinflussen.

Zu den obenerwähnten Schwierigkeiten tritt noch eine andere von sehr ernster Art, welche m. E. die Furcht berechtigt, daß der Wirkungskreis des Anstaltpsychiaters auf die Dauer immer weniger begehrenswert werden, daß die Anzahl sich anbietender geeigneter Kräfte sich verringern und ein Notstand eintreten wird, wenn dem nicht rechtzeitig Rechnung getragen, dem nicht abgeholfen wird, um so mehr, als sich dem Psychiater so viele verschiedene Gebiete erschlossen haben und eine Mannigfaltigkeit der Arbeit sich darbietet. Gemeint ist der unerwünschte Ruf, in dem im allgemeinen der Anstaltarzt noch immer steht, völlig im Gegensatz zu den andern Medizinern, sowohl zu den allgemeinen Heilkundigen wie den Spezialisten einschließlich der Psychiater, welche nicht in Anstalten tätig sind.

Über die Anstalten und besonders über die Anstaltärzte wird meistens eine abfällige Kritik geübt, ohne das audi et alteram partem anzuwenden. In den Fachzeitschriften wird freilich schon seit lange auf das Unbegründete der geäußerten Klagen hingewiesen, allein diese Stimme bleibt die eines Predigers in der Wüste.

In Deutschland haben die Psychiater in letzter Zeit diesem Problem ihre besondere Aufmerksamkeit zugewandt, anfangs anscheinend ohne irgendwelchen Erfolg. Dank ihrer Ausdauer, ihrem organisierenden Talent, ihrem Streben nach gemeinsamer Arbeit erzielten sie am 17. Juni 1912 das von ihnen angestrebte Resultat: die Herstellung eines Bandes zwischen der Irrenanstalt und der Gesellschaft. Man hat also einen Weg eingeschlagen, auf dem die Schwierigkeiten beseitigt werden können. Es darf nicht übersehen werden, daß von entgegengesetzten Interessen nicht die



Rede ist, daß im Gegenteil die Interessen des Patienten und die seiner nächsten Umgebung sowie die der Gesellschaft und die des Psychiaters Hand in Hand gehen.

Es ist eine Tatsache, daß die Irrenanstalten noch immer falsch beurteilt werden, daß die alten Vorurteile noch immer nachwirken. Die unliebsamen Folgen erfährt an erster Stelle der Anstaltarzt, trotz seiner Arbeit und Bemühung. In seiner Tätigkeit stellt er die Interessen des seiner Sorge anvertrauten Patienten in den Vordergrund; diesem gewährt er so viel als möglich Selbständigkeit, Freiheit und freie Bewegung.

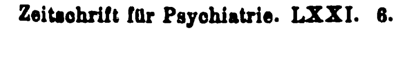
Nichtsdestoweniger ist das Publikum überhaupt noch der Meinung, daß in der Irrenanstalt „hinter den vier Wänden" sich Szenen abspielen, welche das Tageslicht scheuen. Daß die moderne, die freie Irrenanstalt keine „Wände" kennt, die Einzel- oder Separatzimmer die ehemaligen Isolierzellen ersetzt haben, ist dem Publikum noch unbekannt.

In dem Glauben, daß eine Untersuchung des Geisteskranken wie die des körperlich Kranken vollends ausgeschlossen wäre (handelt es sich doch um die Krankheit des Geistes, um „unsichtbare Dinge"), ist der Laie der Ansicht, daß tatsächlich zwischen Leiden und Gesundheit des Geistes keine Grenze zu ziehen wäre, daß also in den Anstalten Leute verweilten, eingesperrt wären, welche nicht krank wären.

Jeder Fall behaupteter unrechtmäßiger Freiheitsberaubung findet beim Publikum denn auch leicht Glauben. Wiederholt wird die Klage laut, daß ein Pflegling, ohne krank zu sein, wider seinen Willen in der Anstalt gehalten würde. Diese Klage bezieht sich sowohl auf gefährliche, schädliche und verbrecherische Irrsinnige, die seitens der Justiz interniert, nicht ohne deren Bewilligung entlassen werden dürfen, als auf Patienten, die große Freiheit genießen, frei spazieren dürfen, ihre Verwandten zu regelmäßigen Zeiten besuchen, in der Familienpflege untergebracht sind u. a. m. Und der Anstaltarzt solle bestrebt sein, den Patienten möglichst lange in der Anstalt zu behalten.

Weiter hat sich die Meinung viel verbreitet, daß die Unterbringung in einer Anstalt ausschließlich geschähe laut Gutachten des Mediziners und des von ihm befragten Psychiaters, speziell des Anstaltarztes. Der Sachverständige sollte sich dabei ganz auf die Mitteilungen der Umgebung des Patienten verlassen, ohne ihn selbst zu beobachten, sogar ohne ihn gesehen zu haben. Es koste nicht die geringste Mühe, also wird behauptet, einen Verbrecher den Händen der Justiz zu entziehen. Es werden Fälle angeführt betreffs Personen, die vom Psychiater für unzurechnungsfähig erklärt würden, nachdem sie sich vorher strafbare Handlungen hätten zuschulden kommen lassen, obgleich ein jeder wisse, daß sie vollkommen normal seien.

Von unter Kuratel Gestellten sind ähnliche Geschichten verbreitet, von begüterten, vollständig normalen Leuten, denen von ihren Versorgern kaum das Leben gegönnt werde, seitdem sie entmündigt worden seien,





während die Kuratoren mit ihrem Anhang von dem ihnen anvertrauten Vermögen es sich wohl sein ließen. Ähnliche Geschichten werden im stillen verbreitet; die betreffenden Mediziner erfahren hiervon nichts, wenn sie nicht scharf auf alle Reden achten.

Fälle wie die obigen werden generalisiert, führen dazu, dem Psychiater die Macht zuzuschreiben, jeden Irrsinnigen für unzurechnungsfähig erklären oder entmündigen zu können.

Die Folge von diesem und jenem ist, daß ein Gefühl der Furcht vor dem Anstaltarzt erweckt wird, vor dessen autoritärem Benehmen, vor dessen Scheinmacht. Diese Furcht wird genährt durch Äußerungen von Anstaltpatienten, von nicht als genesen entlassenen Irrsinnigen, Querulanten und dergleichen. Auf versteckte Weise werden Beschuldigungen gegen die Anstalt geäußert wegen behaupteter Übelstände, Wahrheit und Dichtung gemischt; auf diese Weise kommt die Anstalt in Mißkredit, ohne daß es möglich wäre, der Lästerrede ein Ziel zu setzen, die Axt an die Wurzel des Übels zu legen.

Kennzeichnend ist, wie sogar die Bettverpflegung des Geisteskranken in einem gemeinschaftlichen Krankensaal, welche völlig lege artis geschieht ohne irgendwelchen Zwang, zu den phantastischsten Geschichten Anlaß geben kann; wie von schlechter oder inhumaner Behandlung gesprochen wird.

Dasselbe gilt — und in noch höherem Grade — von der Badbehandlung. Tage-, wochen-, sogar monatelang soll der arme Kranke ununterbrochen in dem warmen Bade verweilen, nach der Laienmeinung eine gräßliche Folter. Auf diese Weise wird über die Anwendung der methodischen Badbehandlung — nach der communis opinio der Psychiater eins der vorzüglichsten therapeutischen Mittel — von den Nichtsachverständigen der Stab gebrochen.

Eine erhebliche Schwierigkeit in dieser Hinsicht ist, daß der Psychiater, durch sein Amtsgeheimnis gebunden, sich nicht gebührend verteidigen kann, sich nicht auslassen darf über den Zustand der seinen Sorgen anvertrauten Verpflegten und über das, was damit zusammenhängt; von Anfang an sind seine Waffen also stumpf. Daß der ärztliche Stab der Anstalt sich nicht verteidigt, wird öfters als Beweis des Schuldbewußtseins angeführt.

Als ernstlicher Vorwurf wird weiter gegen die Anstalt angeführt, daß ruhige und arbeitsame Patienten in der Anstalt gehalten würden, um Nutzen von ihnen zu ziehen, daß hingegen gefährlichen oder lästigen Irrsinnigen die Gelegenheit geboten würde, zu entfliehen, sie m. a. W. faktisch auf die Gesellschaft losgelassen würden, bloß in der Absicht, sie loszuwerden.

Bei Unfällen, wie Selbstmord, Mordversuchen, schlägt die Wage der öffentlichen Meinung immer und immer wieder zuungunsten des Psychiaters aus.

Daß andere Umstände im Spiel sein können, denen die Mißstände zuzuschreiben sind, daß z. B. in der Anstalt die nötigen Hilfsmittel — genügende lebendige oder tote Hilfskräfte — fehlen, die Anstalt für die dort verpflegten Geisteskranken nicht geeignet ist, daran denkt das Publikum nicht.

Jahrelang können Klagen laut werden über das fortwährende Entfliehen schädlicher, gefährlicher, krimineller Irrsinnigen aus der Irrenanstalt, welche sich ganz und gar nicht zur Verpflegung solcher Personen eignet, ohne daß sich bei dem Nichtpsychiater die Frage regt, ob wirklich die Schuld bei dem ärztlichen Stab der Anstalt zu suchen sei, ob es keine andern Umstände gebe, welche ihnen nicht vorzuwerfen sind.

Auch auf anderem Gebiet werden wirkliche oder behauptete Irrtümer und Mängel dem Psychiater schwerer angerechnet als andern Sachverständigen, ohne daß Milderungsgründe angeführt werden. So ist der Psychiater als Gerichtlich-Sachverständiger leicht der Gefahr ausgesetzt, der Gegenstand des öffentlichen Spottes zu werden, der Leichtfertigkeit, des Mangels an wissenschaftlichem Sinn, der grenzenlosen Unbescheidenheit und dergleichen beschuldigt zu werden, so ernst er seine Aufgabe auch genommen haben mag. Von dem Richter begangene Irrtümer, gerichtliche Expertisen anderer Sachverständigen, z. B. der Schriftkundigen, finden eine ganz andere Aufnahme, eine mildere Beurteilung.

Dies und jenes führt dahin, daß der Anstaltarzt, „der sich in geheimnisvolles Schweigen hüllt", eine Sprache redet, welche nicht verstanden wird, daß er dem Laien ein Rätsel ist. Das Publikum wird in der Meinung bestärkt, daß der fortwährende Aufenthalt inmitten der Irrsinnigen seinen Einfluß auf den Anstaltarzt geltend machen, ihn degenerieren, ihn um den praktischen Blick für Personen und Verhältnisse bringen müsse. Im Ernst ist die Rede von einer Paranoia psychiatrica, von sogenanntem Anstaltirrsinn, der infolge des ungünstigen Einflusses des Irrsinnigen auf seine geistesgesunde Umgebung auftrete.

Bezeichnend wird der Kopf des Anstaltarztes mit dem „Kopf des kleinen Lukas" verglichen, dem hölzernen Kopf mit Mechanismus auf den Jahrmärkten, worauf die Jahrmarktbesucher durch einen Schlag mit dem Schlegel ihre Kräfte messen.

Der Wirkungskreis des Anstaltarztes ist ein mühevoller, ein verantwortlicher und gefährlicher. Mancher Psychiater fiel als Opfer seines nobile officium. Und wäre auch der Anstaltarzt so geduldig wie Hiob, so weise wie Salomo, er würde, wo so viele und ernste Pflichten ihm obliegen, Schwierigkeiten nicht vermeiden können. Seine Aufgabe ist es, immer vorwärts zu schreiten, wo nötig Verbesserungen anzubringen, die immer wachsenden Anforderungen zu berücksichtigen.

Wie schon früher bemerkt wurde, sind alle Verbesserungen auf dem Gebiete des Irrenwesens von den Psychiatern selbst angeregt worden.



Die Psychiatrie hat, in wissenschaftlicher wie in gesellschaftlicher Hinsicht, eine Höhe erreicht, welche ruhig den Vergleich mit andern Teilen der medizinischen Wissenschaft aushalten kann. In mancher Hinsicht hat sie die neueren Ideen angebahnt.

Diese „subtile Wissenschaft" gab eine bessere Einsicht in vielerlei Probleme allgemeiner Art, wie den engen Zusammenhang zwischen Psychologie und Psychopathologie, den Einfluß der individuellen Anlage, nicht nur in bezug auf den Intellekt, sondern auch auf die Gefühlssphäre, das Latentbleiben von Krankheitszuständen, die Notwendigkeit, jeden Patienten komplet zu untersuchen und vollständig zu behandeln, die Berücksichtigung des Milieus, die Pathogenese, die Prophylaxis e tutti quanti.

Um die großen, in verhältnismäßig kurzer Zeit gemachten Fortschritte zu beleuchten, sei an dieser Stelle erinnert an den ersten, vom 1. bis zum 7. September 1902 in Antwerpen abgehaltenen internationalen Kongreß für Irrenpflege, speziell Familienpflege, wo ein friedlicher Streit zwischen dem Restraint- und No-restraintsystem geführt wurde. In Belgien, dem Lande, wo der Kongreß abgehalten wurde, wurde nach den Erkundigungen, die man auf dem Kongreß wie bei den verschiedenen Besuchen der Irrenanstalten einholte, in gut 40% der Fälle Zwang angewendet, und zwar Einsperrung in Zellen, Anwendung der Zwangsjacken, Zwangsstühle, Fußeisen und dergleichen. Beispiele wurden angeführt von ersten Ärzten, welche in einer Distanz von gut 60 km von der Anstalt wohnten, wo 400 bis 500 Patienten verpflegt wurden, während in der Nacht kein Arzt anwesend war.

Auf dem Kongreß zeigte sich in seiner vollen Kraft *Konrad Alt*, der Verfechter der Familienpflege in Deutschland, der bekannte Arzt-Direktor der Anstalt Uchtspringe in Altmark, der begeisterte Wortführer „der reichsdeutschen Kollegen", deren Zahl sich auf 23 belief. Mit großer Beredsamkeit, mit suggestiver Kraft wußte er den hohen Wert der freien Verpflegung hervorzuheben.

Ein bedeutungsvoller Augenblick war es, als der allgemein bekannte und mit großem organisatorischen Talent begabte Père *Amédée*, Frère *Stokmans*, der leitende Vorsteher von mehr als 60 philanthropischen Anstalten für Irrsinnige, Taubstumme, Blinde und andere Stiefkinder der Gesellschaft in Belgien und andern Ländern, der sich lebhaft an den Diskussionen beteiligt und den von ihm eingenommenen Standpunkt zu verteidigen gewußt hatte, auf der Schlußsitzung am 7. September 1902 mit großer Geste, durch Aufhebung der Hand, ganz allein gegen den Antrag stimmte, daß der Arzt-Direktor das verantwortliche Haupt der Irrenanstalt sein müsse. In der Überzeugung, daß die ganze deutsche Gruppe auf seiner Seite stand, hatte *Alt*, der diesen Antrag gestellt hatte, auf die ihm eigene meisterhafte Weise den Antrag verteidigt. Das erzielte Resultat wurde von der ganzen Versammlung mit donnerndem Applaus begrüßt, und in dieser Weise



rde den beiden Kraftmännern, die in der Diskussion in der ersten Linie standen hatten, ein Ehrengruß dargebracht.

In Berücksichtigung der schon erzielten Resultate darf man der kunft mit Zuversicht entgegensehen und unbekümmert erwarten, daß e Sonne der Gerechtigkeit und Wahrheit schließlich die Nebel zerreißen ird und alle Hand in Hand vorgehen werden.

Heutzutage sprechen sowohl der größte Teil der entlassenen Anstalt-atienten wie ihre Verwandten ihre Erkenntlichkeit für die Sorgfalt aus, elche der Anstaltarzt und sein Stab von Mithelfern ihnen zugewandt aben, und gehen sie um Rat an, wenn sie dessen bedürfen. Die frühere lee, daß die Aufgabe des Anstaltarztes eine durchaus undankbare wäre, aß Irrsinn und Unheilbarkeit sich deckten, hat allmählich besseren Ein-chten den Platz geräumt.

Bezeichnend ist es, daß in Deutschland, das, was Bau, Einrichtung nd Organisation der Irrenanstalten betrifft, andern Staaten als Vorbild ufgestellt wird, das so hoch angeschrieben steht, solche namhaften Psychiater zählt, wo Freiheit und Öffentlichkeit angestrebt werden, die geschlossene Irrenanstalt sich völlig in eine offene Krankenanstalt ver-wandelt hat — trotzdem fortwährend gegen die Irrenanstalten angekämpft und versucht wird, gegen den Anstaltarzt Mißtrauen zu erwecken. Zu diesem Zweck erscheinen eigene Zeitschriften gegen die Gefährlichkeit der Sachverständigen, gegen die Macht des Psychiaters, gegen die ihm zuerkannten Rechte, man will die Mißstände in den Anstalten welt-kundig machen, für die Interessen der Opfer eintreten.

Statt nützliche Arbeit zu verrichten, drischt der Anstaltarzt leeres Stroh, pflügt Sand, führt falsche Wagen, zertritt Wahrheit und Recht; also wird er dargestellt und der Öffentlichkeit preisgegeben.

Diese Bewegung gegen den Anstaltarzt, gegen dessen wirkliche oder behauptete Macht wird im allgemeinen von Leuten angeregt, welche sich hintergangen glauben, gegen begangenes Unrecht Einspruch erheben, durch ein stark entwickeltes Gemütsleben geführt werden. Solches gilt auch von ihren Adepten. Böse Absichten brauchen gar nicht im Spiel zu sein. Meistens handelt es sich um disharmonisch entwickelte, des-equilibrierte Naturen, Psychopathen und aperte Irrsinnige. Vermöge ihres Temperamentes, ihres Gefühls werden sie zusammengeführt.

Eine Studie derartiger Personen, einer Gruppe von Personen, welche unter den oben erwähnten Umständen zusammengetreten sind und eine Partei bilden, ist sehr lehrreich, und zwar besonders, um zu konstatieren, welcher Wert ihren Aussagen beizulegen ist; für die folie à deux, den soge-nannten gemeinschaftlichen Irrsinn, der endemisch und epidemisch auf-tritt, gilt im allgemeinen genau dasselbe.

Noch ist auf einen bedeutenden Faktor hinzudeuten, und zwar auf die Presse, die Stellung, welche sie dem Irrenwesen, speziell



den Anstaltärzten, gegenüber einnimmt, sowohl denen an den öffentlichen Anstalten wie an den Privatanstalten.

Von einer großen Anzahl in gutem Rufe stehender Zeitungen ist die Stellung keineswegs eine wohlgesinnte; von mehreren gilt das Gegenteil.

Eingesandtes wird aufgenommen, Artikel werden gedruckt, welche gewiß nicht veröffentlicht worden wären, wenn eine gehörige Prüfung vorangegangen wäre, eine Anforderung, welche an eine gute Journalistik zweifelsohne gestellt werden darf, besonders wo es sich wie hier um eine Angelegenheit von allgemeinem Interesse handelt.

Es kommt sogar vor, daß anonyme „geehrte Einsender" die ernstlichsten Klagen über die Weise, wie die Interessen der Geisteskranken gewahrt werden, ohne Namen zu nennen, veröffentlichen und unterlassen, auf das Ansuchen der Staatsaufsicht um nähere vertrauliche Mitteilungen zu antworten. Mehrere Fälle bringen den Nachweis, daß das Vertrauen von Verwandten von Anstaltirrsinnigen hinsichtlich der Anstalt erschüttert wurde, einzig und allein infolge Zeitungsnachrichten. Unter dem Eindruck von allem, was sie hören, halten öfters die Verwandten sich für verpflichtet, den Patienten aus der Anstalt herauszunehmen, sogar ohne daß sie jemals etwas an der Verpflegung auszusetzen hatten.

Zum Schaden des Patienten selbst in eine für ihn nicht geeignete Umgebung zurückgekehrt, kommt er nicht selten, manchmal schon nach kurzer Zeit, wieder in die Anstalt zurück, dem ausdrücklichen Wunsch der Verwandten gemäß, welche es bedauern, daß sie sich auf Kosten des Patienten durch unrichtige Angaben haben bestimmen lassen.

Eine abfällige Kritik üben, welche nicht auf einer tatsächlichen Grundlage beruht — wie es so oft geschieht —, ist gewiß nicht die Aufgabe der Presse. Und wenn auch die Nachrichten so vorsichtig als möglich abgefaßt worden sind, unter Vorbehalt, das Publikum legt denselben leicht Glauben bei: „die Presse wird es doch schon wissen".

Die Aufgabe der Presse muß eine höhere sein, eine schöpferische, eine Belehrung, eine Erziehung des Publikums. Auf dem Gebiet des Irrenwesens liegt so mancherlei Mißverständnis vor, das auf dem oben angegebenen Wege beseitigt werden kann.

Eben in der jetzigen Zeit, wo immer mehr die Interessen der Schwächeren tätlich gewahrt werden, macht sich das als erwünscht fühlbar. Solches soll doch auch für den Geistesschwachen gelten, in dessen Zustand der Laie sich noch immer nicht versetzen kann, was zur Folge hat, daß das Publikum keine Teilnahme für ihn hegt; sogar das beklagenswerteste geistig abnorme Individuum erregt statt des Mitleids meistens die Spottlust. Dergleichen Individuen finden sich in den elendesten Verhältnissen, worin sie seit Jahren gewesen sind, ohne daß jemals ein Versuch gemacht wurde, dem Übelstand abzuhelfen.



Die Aufgabe der Presse ist es, auf die Bestimmungen hinzuweisen, elche hinsichtlich der Aufnahme und des Aufenthaltes des Geisteskranken der Irrenanstalt bestehen, um zu beleuchten, daß so viel als möglich gen unrechtmäßige Freiheitsberaubung jede billige Gewähr geleistet ird. So kann mit Erfolg darauf hingewiesen werden, daß der Geistesranke, der keine Irrsinnserscheinungen mehr zeigt, aus der Anstalt ntlassen werden muß. Das Vorhandensein der Irrsinnserscheinungen uß sich erweisen aus dem ärztlichen Zeugnis und den ärztlichen Notizen es behandelnden Anstaltarztes, welche zu bestimmten Zeiten der Geichtsbehörde unterbreitet werden müssen, und die zu der Entscheidung ühren, ob Ermächtigung zur endgültigen Aufnahme oder zum fortgeetzten Aufenthalt des Pfleglings erteilt werden soll oder nicht.

Obenerwähnte Krankheitserscheinungen — hierauf kann auch hingewiesen werden — sind ebenso wie bei dem Körperkranken Erscheinungen ler lebenden Materie, haben eine naturwissenschaftliche Grundlage und können als solche wahrgenommen werden. In dieser Hinsicht gibt es zwischen beiden Kategorien keinen prinzipiellen Unterschied. Der Unterschied zwischen Geisteskrankheit und Irrsinn ist bloß ein gradueller. Das Wort „Kranksinnigkeit", welche Benennung von *Alt* auch in Deutschland eingeführt worden ist, gibt deutlich und richtig die Meinung an: Krankheit der Sinne.

Die Verweehslung, welche noch immer und besonders beim Publikum herrscht, hängt zu einem bedeutenden Teil damit zusammen, daß noch immer, auch von Ärzten, gesprochen wird von Seelenkrankheit statt von Geisteskrankheit. In bezug auf die Seele handelt es sich um das Übersinnliche. In dieser Beziehung ist der Psychiater ebensowenig sachverständig als bezüglich der Frage der Zurechnungsfähigkeit; ersteres gehört zum Gebiet des Theologen, letzteres zu dem des Juristen. Besonders für den Psychiater ist es unbedingt notwendig, daß er auf seinem eigenen Gebiet bleibt.

Ein Thema, das durch die Presse weiter mit Erfolg ausgeführt werden kann, ist die Entmündigung. Diesbezüglich gilt genau dasselbe wie vom Obenerwähnten. Die Bemühung des Psychiaters beschränkt sich einzig und allein darauf, das Gericht über den Geisteszustand desjenigen aufzuklären, dessen Entmündigung nachgesucht wird. Eine Entscheidung über die zu treffenden Maßregeln, die die Interessen des Kurandus nach Gebühr wahren und sein Vermögen in seinem Interesse sichern sollen, gehört zu der Zuständigkeit des Richters. Auch in dieser Hinsicht werden in der Tagespresse immer noch ganz falsche Ansichten über die Tätigkeit des Psychiaters verbreitet.

Wie auch dem Laien bekannt, werden eine große Anzahl Irrsinnige und Geisteskranke in Familien oder philanthropischen Anstalten verpflegt, und ihre Verpflegung läßt nicht selten zu wünschen übrig. Empörende Mißstände kommen vor, sogar in Bevölkerungszentren, ohne daß es auf-



fällt, sehr zum Schaden des Patienten. Dies ist besonders augenfällig, wo es sich um ehemalige Anstaltpatienten handelt, welche in der Anstalt in den günstigsten Verhältnissen waren und, in die Gesellschaft zurückgekehrt, ein erbärmliches Dasein führen.

Diesbezügliche Aufklärung des Publikums durch die Presse ist sicher erwünscht. Soll die Staatsaufsicht sich wirklich über alle Personen erstrecken, die wegen geistigen Defektes der Stütze, Leitung oder Aufsicht bedürfen, so wird dabei die Mitwirkung des Publikums für die mit dieser Arbeit beauftragten Beamten von großem Wert sein.

Schon oben wurde bemerkt, daß die Psychiater bestrebt sind, die Gewähr zu vergrößern, daß die Interessen des Anstaltirrsinnigen nach Gebühr wahrgenommen werden. Als Beleg seien hier zwei Beispiele aus den letzten Jahren angeführt, auf deren Vorhandensein die Presse hätte hinweisen können.

In Holland ist von der Staatsaufsicht im Einklang mit der Ansicht der Anstaltärzte die Bestimmung gemacht worden, daß die Irrsinnigen in den Irren- und ähnlichen Anstalten mit den dazu angewiesenen Beamten freien Briefverkehr haben. In den königlichen Erlässen bezüglich dieser Anstalten ist danach die Bestimmung aufgenommen worden, daß es verboten ist, den Irrsinnigen zu verwehren, sich schriftlich an die Vorsteher der Departemente, an den Inspektor und an den Staatsanwalt zu wenden. Die Maßregel, den Patienten es zu ermöglichen, ihre wirklichen oder behaupteten Klagen immer und zu jeder Zeit einzureichen, also nicht nur mündlich bei den Besuchen, welche die Inspektoren und der Staatsanwalt der Anstalt machen, sondern auch schriftlich, hat ohne Zweifel ihre Wirkung nicht verfehlt.

Das zweite Beispiel bezieht sich auf Deutschland. Nach vielerlei Bemühungen wurde daselbst eine gemischte Vertrauenskommission für Irrenrechtsfragen eingesetzt, aus Vertretern der Presse, Rechtskundigen und Psychiatern bestehend. Der Reichsverband der deutschen Presse delegierte aus ihrer Mitte zwei Mitglieder. Der deutsche Verein ärztlicher Privatanstaltleiter wählte ebenfalls zwei ärztliche Anstaltleiter zu Vertretern.

Den Vorsitz übernahm ein Professor des Strafrechts; als schriftführendes Mitglied trat ein Gerichtsassessor auf, an den Mitteilungen und Anfragen zu richten sind.

Die Aufgabe dieser Kommission besteht in Prüfung und mög-

lichster Klarstellung aller wirklichen und behaupteten Mißstände auf rechtlichem und administrativem Gebiet des Irrenwesens (unrechtmäßige Internierung, ungeeignete Behandlung, Entmündigungsfragen usw.). Die Zusammensetzung der Kommission bietet die Gewähr für eine völlig unparteiische und objektive Tätigkeit.

Obiges kurz zusammenfassend, darf sicherlich der Schluß gezogen werden, daß eine bessere Würdigung der Irrenanstalt und des Anstaltarztes dringend erwünscht ist. Hiermit hängen unmittelbar die Interessen des Irrsinnigen zusammen.

Es ist die höchste Zeit, diese Angelegenheit in den Vordergrund zu rücken, das Publikum nach Wahrheit und Recht aufzuklären.

Eben die Festschrift, aus Dankbarkeit und Verehrung Professor *Alt* gewidmet, der auf dem Gebiete des Irrenwesens solch eine hervorragende Stelle einnimmt, dessen fruchtbringende Arbeit in der psychiatrischen Welt allgemein anerkannt wird, ist ohne Zweifel wie keine andere dazu geeignet, auf obige Ausführungen die Aufmerksamkeit zu lenken.



Über Prosekturen an Irrenanstalten.

Von

Prof. Dr. phil. et med. **W. Weygandt,** Hamburg-Friedrichsberg.

Lange bevor es in Deutschland psychiatrische Kliniken gab, herrschte doch im Bereich der Irrenheilkunde wissenschaftliches Leben, wovon zahlreiche Lehrbücher, monographische Werke und Zeitschriftenjahrgänge, vor allem die der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie, Zeugnis ablegen. Vor allem haben hervorragende Psychiater bei ihrer Tätigkeit an Irrenanstalten wissenschaftlichen Studien obgelegen, klinischer, psychologischer und auch anatomischer Art. Bekanntlich haben auch viele der Zierden unserer Wissenschaft, die später Lehrstühle inne hatten und in ihren Werken heute noch bedeutsamen Einfluß ausüben, die Grundlage ihrer wissenschaftlichen Wirksamkeit im Rahmen von Irrenanstalten geschaffen, wie *v. Krafft-Ebing*, *Gudden*, auch *Jolly* und *Hitzig* u. a. m.; andere Führer unseres Faches, wie *Schüle*, haben lediglich in ihrer Eigenschaft als Anstaltärzte ihre bedeutsamen Studien getrieben und Werke geschaffen, ohne den gebotenen Lockungen eines Lehrstuhles zu folgen.

Allmählich freilich sind auf sämtlichen Hochschulen Deutschlands Lehrstühle der Psychiatrie erstanden, und die in den letzten Jahrzehnten ausgebildete Generation von Ärzten erblickt in diesen die wesentlichste Stätte der wissenschaftlichen Bearbeitung der Psychiatrie. Ja, in höherem Grade ruht diese Prätention bei den psychiatrischen Kliniken, als es heute noch bei anderen medizinischen Disziplinen zutrifft. Die wissenschaftliche Bearbeitung weiter medizinischer Gebiete und wesentlicher Probleme der verschiedensten Spezialfächer wird gegenwärtig von großstädtischen Krankenhäusern ebenso und vielfach an wesentlich größerem Krankenmaterial und mit technisch vollendeteren Laboratoriumseinrichtungen vollzogen als an



den Kliniken kleiner und mittlerer Universitäten. Die gewaltigen und modern vollkommen ausgestatteten Krankenanstalten in Dresden, Köln, Frankfurt, die städtischen Krankenhäuser in Berlin, die Staatskrankenhäuser in Hamburg werden als Pflanzstätten der wissenschaftlichen Forschung der wichtigsten medizinischen Disziplinen auch von den Universitätsklinikern anerkannt, was sich ja auch dadurch bereits kundgegeben hat, daß manche namhafte Ärzte den Lehrstuhl einer Mitteluniversität opferten zugunsten der Leitung eines modernen, großstädtischen Krankenhauses.

Diese Entwicklung ist im Bereich der Irrenheilkunde noch keineswegs soweit gediehen. Wohl wurden immer wieder beachtenswerte Arbeiten von Anstaltärzten veröffentlicht, aber es sind doch im ganzen vereinzelte Erscheinungen. Die meisten Anstalten haben auch einen kleinen Raum mit Mikrotom, Thermostat und Mikroskop vorgesehen, und gelegentlich wurde in geschickter Weise eine pathologisch-anatomische Sammlung organisiert, wie es z. B. in Winnenthal geschah. Im ganzen aber ist von einem Schritthalten der Anstalten mit der wissenschaftlichen Arbeit der Kliniken nicht die Rede. Von vornherein mußte dies ausgeschlossen erscheinen, da es den Anstalten eben an den für theoretische Zwecke bestimmten Mitteln mehr oder weniger mangelte, vor allem aber auch, weil sie entfernt nicht über die Arbeitskräfte verfügten, wie die Kliniken, wo schon die Doktoranden willkommene Helfer für die Kleinarbeit abgeben und wo gewöhnlich ein stattlicher Assistentenstab zu finden ist, manchmal unter Heranziehung von zahlreichen, als Volontäre bezeichneten, völlig unbesoldeten Hilfskräften, in einer den modernen nationalökonomischen Begriffen von der Bewertung der Arbeitskraft nicht mehr ganz entsprechenden Weise.

Daß dieser Zustand im Bereich der Irrenanstalten nichts Befriedigendes hat, liegt auf der Hand. Einerseits werden berechtigte Klagen über die unzulängliche Ausnutzung wertvollen Materials laut, andererseits führt jene Sachlage leicht zu einer bedauerlichen Unterscheidung von Irrenärzten 1. und 2. Klasse.

Freilich wurde schon seit Jahren an mehreren Stellen versucht, die Anstaltspsychiatrie wissenschaftlich zu fördern durch Einrichtung besonderer, für die wissenschaftliche Verarbeitung des Materials bestimmter Stellen.



Zunächst wurde im April 1899 in Hamburg-Friedrichsberg eine Prosektur errichtet. Die Stelle hatte, wie ja zu jener Zeit die meisten Anstaltarztstellen, nicht den Charakter einer festen, pensionsfähigen Beamtenstelle. 1911 ist es gelungen, die Stelle in eine sogenannte feste, pensionsfähige Stelle umzuwandeln und in bezug auf den Gehalt den Oberärzten 2. Klasse (6000 bis 7800 M.) gleichzusetzen.

Die wesentlichste Aufgabe des Prosektors ist die Überwachung der Obduktionen und die wissenschaftliche Verarbeitung des anatomischen Materials. Daneben aber war ihm auch stets eine klinische Abteilung zugewiesen, die jahrelang aus 3 Männer- und 2 Frauenpavillons bestand; zwei dieser Gebäude waren lediglich Baracken. 1909 wurden noch zwei neue Baracken, eine für Männer, eine für Frauen, der Prosektorabteilung hinzugefügt, so daß sie einen Stand von etwa 300 Kranken aufwies. Während früher der Prosektor nur ganz allein, ohne irgendwelche Hilfskraft, die ärztliche Versorgung dieser beträchtlichen Krankenzahl zu leisten hatte, was namentlich hinsichtlich kurzer Vertretungen große Schwierigkeiten brachte, wurde ihm seit 1909 ein Assistent oder auch ein festangestellter Abteilungsarzt an die Seite gesetzt. Neuerdings ist die Abteilung reduziert worden auf einen Frauenpavillon, eine Frauenbaracke, einen Männerpavillon und eine Männerbaracke mit etwa 180 Kranken. Ich muß gestehen, daß sich dies System durchaus bewährt und auch den Inhabern der Stelle ganz erwünscht ist. Zunächst ergibt sich dadurch eine engere Fühlung mit den rein klinischen Fragen; dann kann auch der betreffende Arzt einzelne ihm von vornherein besonders interessant erscheinende Fälle Jahr und Tag eingehender beobachten, ehe ihre histologische Untersuchung erfolgt; schließlich wird dadurch auch dem Prosektor die Möglichkeit offen gehalten, später in eine der recht hochdotierten Stellen eines Oberarztes 1. Klasse (9000 bis 12 000 M.) überzutreten.

Zu betonen ist auch, daß nach der bisherigen Organisation die serologischen Arbeiten dem Prosektor nicht auferlegt sind, sondern dafür besondere ärztliche Kräfte tätig sind, immerhin im Anschluß an das anatomische Laboratorium. Während der vorwiegend serologisch tätige Arzt natürlich auch die Untersuchungen nach *Abderhalden* ausführt und verschiedene, speziellere technische Untersuchungen gelegentlich vornimmt, untersteht dem Prosektor die anatomische Sammlung. Nicht zu seinem Ressort gehören das experimental-psychologische Laboratorium sowie die Sammlungen für Psychologie, klinische Psychiatrie und Geschichte der Irrenheilkunde.

An Laboratoriumpersonal sind zurzeit vorhanden ein Aufseher mit Beamteneigenschaft und 2550 M. Gehalt; ferner zwei Hilfsarbeiter, die zurzeit auf der Stufe von sogenannten 2. Wärtern stehen, doch wird einer voraussichtlich in einiger Zeit Oberwärterrang erhalten. Außerdem wirken dort zwei jugendliche Hilfsarbeiter und eine Mikrotomarbeiterin sowie



nehrere ruhige Patienten. Viel beschäftigt, doch unter Stundenlohn, vird ein Zeichner und Maler.

Die für dieses Personal, einschließlich Prosektor und Zeichner aufgewandten Mittel betrugen 1914 etwa 18 000 M., während für wissenschaftliche Zwecke, Bücher, Zeitschriften, Apparate, Reagentien, Präparate, Photographieren, Versuchstiere u. a., insgesamt über 10 000 M. zur Verfügung stehen. Größere Anschaffungen und Bestellungen erfolgen im Einvernehmen mit dem Direktor; die Richtigkeit der einlaufenden Rechnungen muß durch den Prosektor und den Direktor bestätigt werden.

In einer der alten Baracken sind zurzeit mehrere hundert Versuchskaninchen untergebracht, ferner dient ein Zimmer dort für Tieroperationen, während ein anderer Abschnitt als provisorischer Obduktionsraum, während des Leichenhausumbaues, aushelfen muß. Die Versuchsaffen sind zurzeit in einer Reihe von Doppelkäfigen mit heizbaren Innenräumen und luftigen Ausläufen untergebracht. Die Hammel, Ziegen, Kaninchen und Meerschweinchen für wissenschaftliche Zwecke sind wieder anderweitig, meist in Gärten von Krankenabteilungen, untergebracht.

Mit der Reorganisation der Irrenanstalt Friedrichsberg werden neue, wesentlich größere Räumlichkeiten für wissenschaftliche Zwecke geschaffen. Die Laboratorien für Anatomie, Serologie, Psychologie usw., für Photographie, Mikrophotographie und Röntgenuntersuchungen sowie die Sammlungen werden dann einen größeren Raum zur Verfügung haben.

Sehr erfreulicherweise wurde vor mehreren Jahren eine Prosektur in Uchtspringe geschaffen, wie es bei dem dort herrschenden regen wissenschaftlichen Leben besonders nahe lag. Im Etat war sie besonders damit begründet, daß die noch wenig entwickelte Gehirnpathologie der Epileptiker und Idioten, deren Mehrzahl (aus der Provinz Sachsen) in Uchtspringe untergebracht ist, eine Erforschung der Krankheitsursachen aus dem anatomischen Gehirnbefunde im Interesse einer wirksamen Behandlung und einer vorbeugenden Bekämpfung dieser beiden Krankheitsgruppen dringend erheische. Die Stelle war mit Beamteneigenschaft versehen und entsprach den Oberarztstellen mit einem Anfangsgehalt von 4500 M., alle 3 Jahre steigend, zweimal um je 600 M. und dreimal um je 500 M. bis zum Höchstgehalt von 7200 M., außerdem mit freier Familienwohnung. 1914/15 besteht die Prosektur allerdings nicht mehr, sondern sie ist nun für Nietleben vorgesehen, mit den gleichen Bezügen, doch unter einer Entschädigung für Familienwohnung in der Höhe von 1200 M. sowie freier Arznei. Für die Vervollständigung der vorher noch bescheidenen Laboratoriumsausstattung wurden hier etwa 6000 M. verwandt und für laufende Ausgaben 1600 M. jährlich zur Verfügung gestellt. 3000 M. sind für den Bau eines Tierstalles bestimmt. Unter Umständen können noch weitere Mittel herangezogen werden. Der Laboratoriumstitel untersteht dem Prosektor unter eigener Verantwortlichkeit; Bestellungen und Be-



stätigungen der entsprechenden Rechnungen hat er zu besorgen. Ein Laboratoriumsdiener und geeignete Patienten leisten Hilfe.

In der rheinischen Anstalt Bedburg-Hau bei Cleve, die ja in bezug auf die große Patientenzahl eine ganz besondere Stellung einnimmt, ist eine Prosektur eingerichtet, die durch einen besonders vorgebildeten Oberarzt besorgt wird; das Oberarztgehalt seiner Stufe beträgt zurzeit 5100 M. Vom Abteilungsdienst ist er völlig befreit, höchstens in Notfällen könnte er einmal mitwirken. Auch die Vertretung des Direktors kommt für ihn nicht in Betracht. Ein Pfleger steht ihm dauernd, im Notfalle auch noch ein zweiter, zur Verfügung. Er besorgt oder überwacht die Obduktionen, verarbeitet das Sektionsmaterial, untersucht Stuhl, Urin, Blut, Auswurf usw., führt die Untersuchungen nach *Wassermann* und *Abderhalden* sowie bakteriologische und sonstige serologische Untersuchungen aus, fertigt Mikrophotographien und Diapositive an usw. Im pathologisch-anatomischen und bakteriologischen Laboratorium beschäftigen sich bei ihm andere Ärzte und Praktikanten. Neben dem Seziersaal mit zwei Tischen findet sich ein Untersuchungsraum für frische Leichenteile. 1913 fanden 121 Sektionen statt, doch wird ihre Zahl noch steigen, sobald die Anstalt voll belegt ist. Aus der Etatposition von 14 400 M. für Arznei und ärztliche Instrumente werden auch die Bedürfnisse für die Laboratorien, Röntgenplatten usw. gedeckt.

Seit 1910 besteht auch eine besondere Prosektur in der Privatanstalt Bethel bei Bielefeld. Der Prosektor hat alle Obduktionen und alle Untersuchungen histologischer, serologischer und bakteriologischer Art auszuführen. Er steht im Range eines Oberarztes und bezieht, entsprechend den Vorschlägen des deutschen Vereins für Psychiatrie, ein Oberarztgehalt, das bis zu 7200 M. aufsteigt, neben freier Dienstwohnung und 400 M. für Heizung und Licht. Er ist festangestellt und pensionsberechtigt. Jährlich finden 200 bis 250 Obduktionen statt. Nach Mitteilung der ärztlichen Anstaltsleitung hat sich die Einrichtung bisher vorzüglich bewährt.

Andere Prosekturen an deutschen Anstalten sind mir bisher nicht bekannt. Selbstverständlich werden in dieser Darstellung die mit einer Klinik verbundenen Anstalten (Göttingen, Bonn, Marburg) nicht mitgerechnet. Selbst in den Berliner Anstalten findet sich keine eigentliche Prosektur. Dalldorf hat neben dem Sektionssaal noch drei große Zimmer für mikroskopische, serologische und chemische Zwecke, ferner noch ein kleineres sowie eine Kammer für Photographie. Die Mittel fließen aus der Etatsposition für Apotheke und Instrumente.

Es darf nicht übergangen werden, daß man an manchen Orten recht geräumige und auch ziemlich reich ausgestattete Laboratorien eingerichtet hat oder wenigstens plant. So wurde in Hamburg-Langenhorn ein großer Saal mit Fenstern an drei Seiten, etwa einem Dutzend Arbeitsplätzen, Verdunkelungsvorrichtung usw. bereitgestellt. In Neustadt i. H. sind stattliche Räume für wissenschaftliche Zwecke vorgesehen, ein sehr



geräumiges serologisches Laboratorium, ein chemischer Raum, besondere Zimmer für die Zentrifuge, für die Wage, für Drogen, eine Dunkelkammer sowie zwei Räume für pathologische Anatomie.

Von Interesse ist die Berücksichtigung der einschlägigen Verhältnisse in den angelsächsischen Landen.

Eigentliche Kliniken existieren mit geringen Ausnahmen noch nicht in England und in den Vereinigten Staaten; lediglich in New York und in Baltimore sind derartige Einrichtungen zu finden. Aus dem von *Adolf Meyer* aus Baltimore auf dem XVII. Internationalen Medizinischen Kongreß, London 1913, erstatteten Referat „The psychiatric Clinique, its aims (educational and therapeutic), and the results obtained in respect to promotion of recovery" geht wohl der Wunsch nach Ausdehnung solcher vorwiegend wissenschaftlichen Institute hervor. Die Anstalten sind dort an und für sich weit sparsamer mit Ärzten ausgestattet als unsere deutschen, von der Proportion eines Arztes auf 100 Kranke ist noch keine Rede. Aber doch ist hervorzuheben, daß man an vielen Irrenanstalten eine Art von Prosektur besitzt und gewöhnlich ein besonderer Spezialist für die theoretischen Probleme zu finden ist. So finden sich in der bekannten Londoner Anstalt Bethlam royal hospital mit etwa 700 Betten und nicht ganz 200 Aufnahmen im Jahre neben dem ärztlichen Direktor noch zwei medical officers und ein „Pathologist", außerdem aber ein konsultativer Stab, zu dem ein Chirurg, ein Gynäkolog, ein Augenarzt, ein Kehlkopfarzt, ein Arzt für Narkosen und ein Zahnarzt gehören.

In der schönen, neuen Anstalt bei Cardiff mit 800 Plätzen wirken neben dem Direktor noch zwei klinische Ärzte, ein pathologischer Anatom und ein Chemiker.

In der opulenten, viele Pensionäre beherbergenden Anstalt Royal Edinburgh asylum, Morningside, sind neben dem ärztlichen Direktor noch vier Hilfsärzte und ein „Pathologist" tätig.

Wenn uns auch die englischen Anstalten weniger durch ihre ärztliche Versorgung als vielmehr durch manche hygienische Einrichtungen, insbesondere den hohen Standard of life des gesamten Personals vorbildlich sein können, so ist doch wenigstens die Einrichtung der Stelle eines Theoretikers von besonderem Wert und trägt sicher ganz besonders dazu bei, daß die psychiatrische Wissenschaft in England doch noch eine geachtete Stellung einnimmt.

Die erwähnten deutschen Einrichtungen hinsichtlich der wissenschaftlichen Betätigung der Irrenanstalten, insonderheit der vereinzelten Versuche, eigene Prosekturen zu errichten, haben noch nicht zur Ausbildung ganz besonderer Richtlinien geführt; die wenigen Stellen sind unter sich noch recht verschieden. Trotz der Verlegung der Stelle in der Provinz Sachsen ist festzustellen, daß die Einrichtung da,



wo man sie durchgeführt hat, sich auch entschieden bewährte. Natürlich ist es ganz ausgeschlossen, daß an jeder Anstalt eine Prosektur errichtet wird. Es kann sich nur um die ganz großen Anstalten, vor allem um jene mit zahlreichen Aufnahmen und viel akutem Krankenmaterial, handeln. Für solche müßte aber das Beispiel der Provinz Sachsen und der Anstalten Bedburg, Friedrichsberg und Bethel eifriger als bisher befolgt werden. Gerade die Anstalten mit 1500 und mehr Betten und 150 Sektionen sollten durchweg heute schon der Aufgabe näher treten, um so mehr, als die Anforderunegn serologischer Art neuerdings rasch angewachsen sind. Auf die Frage der zweckmäßigsten Anstaltsgröße einzugehen, liegt mir in diesem Zusammenhange fern. Indes sind bereits eine große Anzahl von Anstalten mit 1500 und mehr Betten vorhanden, und sie werden sicher noch zunehmen, wenn auch der Versuch des Steinhof so bald nicht wiederholt wird und solche Anstaltsungeheuer wie die im Staate New York mit 4500 Kranken bei uns wohl nicht nachgeahmt werden.

Sollte die Forderung nach Prosekturen für Anstalten von 1500 und mehr Betten erfüllt werden, so wird es gewiß der wissenschaftlichen Forschung zur Förderung und unserem Kranken zum Segen gereichen.



Die neuen Aufnahmegebäude der Anstalt Leipzig-Dösen.

Von

Oberarzt Dr. **Helmut Müller.**

(Mit 4 Abbildungen.)

Wenngleich unsere Zeit voll Hoffnung auf die Forschungen blickt, welche Aussicht eröffnen, dereinst die Geisteskrankheiten an der Wurzel zu bekämpfen, so sehen wir uns doch einstweilen fast ganz darauf beschränkt, durch Mittel der Pflege und äußere Einwirkungen den körperlichen und seelischen Zustand der Kranken zu bessern oder wenigstens ihr Loos zu lindern. Drum rasten die Bemühungen nicht, die für Geisteskranke bestimmten Heilanstalten immer vollkommener einzurichten und dem kranken Seelenzustande anzupassen. „Es gibt", sagt *Alt*, der selbst mit so schönem Erfolg am Ausbau der praktischen Psychiatrie mitgewirkt hat, „kaum einen untrüglicheren Gradmesser zur Beurteilung der Kulturstufe eines Volkes und einer Zeitepoche, als die jeweilige Betätigung der Fürsorge für die allerunglücklichsten Mitglieder der menschlichen Gesellschaft."

So ist denn auch bei den letzten Neubauten der Anstalt Dösen versucht worden, die neuesten Errungenschaften des Anstaltswesens zu verwerten und neue Wege zu suchen.

Als am Ende der neunziger Jahre die Pläne für die Leipziger Anstalt Dösen aufgestellt wurden, glaubte man, sie zur Hälfte für körperlich Sieche und Erholungsbedürftige bestimmen zu können. Aber bald nach der im Jahre 1901 erfolgten Eröffnung zeigte es sich, daß die Anstaltsplätze ausschließlich den Geisteskranken vorbehalten werden mußten, ja es verstrichen knapp 7 Jahre, da war man genötigt, zu beraten, wie einer drohenden Überfüllung der rund 1000 Plätze zählenden Anstalt vorzubeugen sei. Beschränkung der Aufnahmen auf Leipziger Kranke, reichliche Entlassungen, Überführungen in die städtischen Pfleghäuser und die in der Stadt selbst eingeführte Familienpflege machten für einige Jahre Luft.



Dann aber trat die Notwendigkeit, neue Plätze zu schaffen, unabweisbar an die Stadtverwaltung heran; denn der Staat war nach damaligen Gesetzen nicht verpflichtet, den großen Städten Kranke abzunehmen, konnte es auch nicht, da seine eigenen Anstalten überfüllt waren [1]).

Vom ärztlichen Standpunkt erschien der Bau einer zweiten Anstalt als der beste Ausweg. Er war aber wegen der Kosten von vornherein ausgeschlossen, auch in der — weniger guten — Form in der Nähe der alten Anstalt einige neue Häuser zu errichten und zunächst von dort ärztlich und wirtschaftlich zu versorgen, bei weiterem Platzbedürfnis aber zu einer selbständigen Anstalt zu erweitern. Es blieb deshalb nur übrig, was die Geräumigkeit der Wirtschaftsgebäude vorläufig noch gestattete, die Anstalt zu vergrößern.

Die städtische Verwaltung zog für die Neubauten von Anfang an nur dreistöckige Gebäude in Frage, teils um zu sparen, teils in der Erwägung, daß kleine Pavillons nicht recht zu dem Bilde der aus lauter großen Häusern zusammengesetzten Anstalt passen würden. So kam es zu dem Entschlusse, ein Männer- und ein Frauenhaus für je 110 Kranke zu errichten. Sie wurden für Überwachungsabteilungen bestimmt und im Frühjahr 1912 in Betrieb genommen. Ein Platz für neue Häuser war zwischen den Gebäuden XVIII bzw. XIX und XX bzw. XXI des Lageplanes [2]) schon bei Erbauung der Anstalt vorgesehen worden.

Dem großen Übelstande des dreistöckigen Typus wurde dadurch wirkungsvoll begegnet, daß man das oberste Geschoß für bettlägerige Sieche bestimmte, bei denen nicht die Gefahr des Hinunterstürzens besteht und die lästigen Störungen fortfallen, welche nicht zu vermeiden sind, wenn die Kranken, um ins Freie zu gelangen, jedesmal die Treppen hinauf und hinunter geführt werden müssen. Die für jene so wichtigen hygienischen Verhältnisse (Licht und Luft) sind dort oben sogar besonders gut, und Liegehallen gewähren den Aufenthalt im Freien. Der Übelstand, die hinfälligen Kranken bei der Verlegung die Treppen hinauf tragen zu müssen, konnte leicht durch einen Fahrstuhl vermieden werden.

Durch die großen, an Mietskasernen erinnernden Häuser verliert freilich das ganze Bild der Anstalt das Wohnliche, Behagliche, was gerade unseren Kranken so wohltätig ist. Wir werden sehen, daß sich auch im Betriebe so großer Gebäude Schwierigkeiten ergeben können.

In den Gebäuden enthält jedes Stockwerk zwei getrennte Wachabteilungen, verbunden durch einen kleinen Korridor, von dem eine Glastür zu dem völlig abgesondert gelegenen Treppenhause führt. Die beiden Abteilungen sind in den unteren Stockwerken ganz getrennt, während das oberste Geschoß, indem die Türen zum Korridor offen bleiben, als ganzes

[1]) Seit Dösen am 1. Januar 1913 in den Besitz des Staates übergegangen ist, hat sich der Aufnahmebezirk sogar noch vergrößert.

[2]) *Bresler*, Deutsche Heil- und Pflegeanstalten S. 459.



ehandelt wird. Die Abrennung des Treppenauses wird sehr angenehm mpfunden, da man in len Krankenräumen nun ichts von der Unruhe les Treppenlebens merkt, lie an den älteren Häusern ler Anstalt sich als sehr störend erwiesen hat. Ein zweites Treppenhaus führt an der Ostseite des Hauses zu den Besuchszimmern und weiter bis zum Dachgeschoß.

Die Lage der Räume ist aus dem Plan zu ersehen: Auf jeder Abteilung ein größerer und ein kleinerer Schlafraum, neben diesem in einigen Abteilungen zwei Stübchen zu je 1 Bett; von beiden Schlafzimmern zugänglich ein kleiner Tagesraum, ganz zur Seite einige Nebenräume; fast vor der ganzen Südfront der Abteilung eine große Liegehalle; im Mittelbau Bäder, Spülküchen, ärztliche Zimmer. Gewisse Unterschiede der Abteilungen erklären sich aus ihrem besonderen Zweck. Dem Erdgeschoß ist das 1. Obergeschoß ganz ähnlich. Der Raum des Garteneingangs ist hier mit dem Dauerbad eingenommen, und an die Stelle des Aufnahmebades tritt das Zimmer für den Oberpfleger. Außerdem ist im 1. Stock auf Kosten des Besuchszimmers das kleinere westliche Schlafzimmer vergrößert (6 statt 3 Betten).

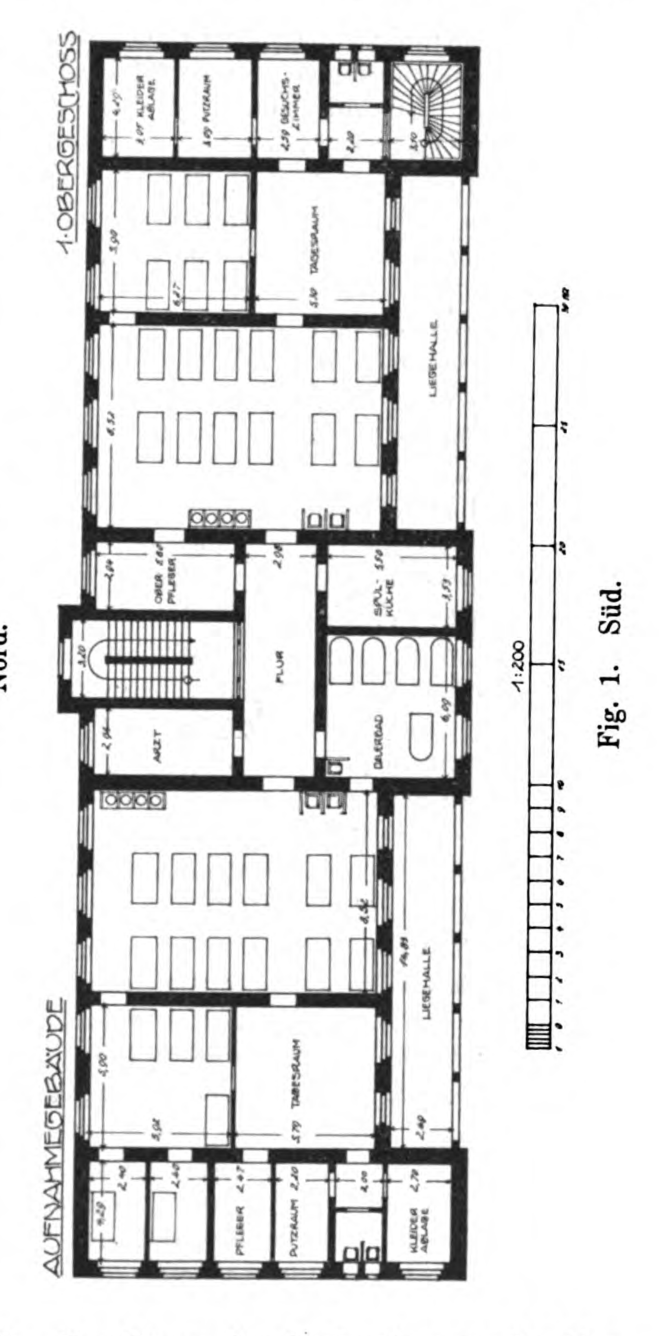


Fig. 1.

Für die Anordnung der Zimmer war der Gedanke leitend, daß der Grundriß einfach und übersichtlich sei, dabei aber den Behandlungsgrundsätzen unserer Zeit Rechnung trage. Es mußte deshalb die Möglichkeit gege-

ben sein, die Kranken überall gut zu beobachten, empfindlichere in kleineren Räumen unterzubringen, Dauerbäder und Freiluftbehandlung bequem auszuführen. Da die Abteilungen für frische Erkrankungen und für schwerere Krankheitsstadien bestimmt waren, so wurde den Betträumen der größte Platz vorbehalten. Bei allen Einrichtungen herrschte das Bestreben, den Krankenhauscharakter immer mehr herauszuarbeiten, alles Gefängnismäßige und Abstoßende zu beseitigen und freundliche Eindrücke zu bieten.

Die großen Krankensäle sind weite, lichte Räume mit meist 12 Betten, welche durch die einander gegenüberliegenden Fensterreihen ausgiebig gelüftet werden können. Die Betten stehen, wie auf der Skizze angegeben, in zwei Reihen, die Fußenden dem Zwischenweg zugewandt, und lassen an der einen Langseite des Saales einen Gang frei. Hier sind im Saale selbst neben dem Badezimmer 2 Klosetts und an der andern Seite 4 Porzellanwaschbecken angebracht.

Gewährt der große Saal die Möglichkeit, eine größere Anzahl von Kranken leicht zu überwachen, so dienen das behaglichere kleine Schlafzimmer und die beiden freundlichen Einzelstübchen dem Bedürfnis, für empfindsame Kranke kleinere, besonders wohnliche Räume zu haben, in denen sie dem großen Getriebe der Abteilung fern sind und leichter dem Einflusse anderer Kranken entzogen werden können. Nur die Pflegeabteilung, wo man mehr große, luftige Räume bedarf, hat auf der Westseite 2 große Bettsäle. An den ersten Saal schließt sich hier ein einbettiges Einzelzimmer mit besonderem Ausgang zum Mittelbau, durch den verstorbene Kranke hinausgetragen werden können.

Der Tagesraum konnte verhältnismäßig klein gewählt werden, da auch in den beiden unteren Stockwerken mit einer ausgedehnten Bettbehandlung zu rechnen war. Mit einfachem Mobiliar ausgestattet, durch die davorliegende Liegehalle nur wenig verdunkelt, trägt er einen wohnlichen Charakter. Die Pflegeabteilung hat nur auf der Ostseite einen Tagesraum.

Das anstoßende Pflegerzimmer ermöglicht es der Nachtwache, sich nötigenfalls Hilfe zu holen. Im übrigen sind für das Pflegepersonal im Dachgeschoß reichlich Schlafräume geschaffen worden. Unter den Kranken schläft das Pflegepersonal in Dösen auf keiner Abteilung. Wo eine Aufsicht nötig erscheint, ist Nachtwache.

Für die Garderoben mußte verhältnismäßig viel Raum vorgesehen werden, da sie die Schränke aufnehmen sollten und in unserer Anstalt jeder Patient für seine Kleidung und andere Sachen einen eigenen verschließbaren Schrank hat. Ein Putz- und Besenraum ist natürlich überall vorhanden. Auf der Ostseite ist die Anordnung etwas anders, weil hier jedes Geschoß, direkt von der Seitentreppe zugänglich, ein Besuchszimmer hat. Über die Notwendigkeit, hierfür passende Räumlichkeiten zu besitzen, braucht man wohl kein Wort zu verlieren, wenigstens nicht für



großstädtische Anstalten, wo allwöchentlich die Besucher nach Hunderten zählen. Bei den Seitenräumen befinden sich Aborte für Besucher und Pflegepersonal. Die großen, nach Süden gelegenen Liegehallen können bequem 12 Betten aufnehmen. Die weiten Öffnungen sind durch ein gefälliges Gitterwerk gesichert, um allen Gefahren vorzubeugen; im Sommer schützen Vorhänge gegen die blendende Sonne. Eine Erleuchtung ist durch drei an der Decke angebrachte Lampen möglich.

Hell und freundlich sind die geräumigen Spülküchen mit ihrer weißen, buntgeränderten Wandbekleidung aus Kacheln. Zum Anwärmen ist ein kleiner Gasherd vorhanden. Bequem sind die hier schon seit Jahren erprobten Spülvorrichtungen aus zwei mit Wasserablauf, Heiß- und Kaltwasserhahn ausgerüsteten verkupferten Becken, denen eine Platte aus gleichem Metall zum Absetzen des gespülten Geschirres angefügt ist. Die Apparate geben, wenn sie sorgfältig geputzt werden, Gewähr für vollständige Reinlichkeit und bilden in ihrem spiegelnden Metallglanz einen Schmuck des Raumes. Das Putzen verursacht freilich etwas Mühe, wird aber von Kranken gern übernommen, da sie den Erfolg ihrer Arbeit sehen und Lob ernten können. Das Aussehen des Apparates ist ein guter Probierstein für den Ordnungssinn des Pflegepersonals.

Von großer Bedeutung sind im heutigen Anstaltsbetriebe die Baderäume. Ihre Lage unmittelbar neben dem Wachsaale bietet große Vorteile, und das Bedenken, daß auf Abteilungen für Unruhige der Lärm des Dauerbades die Kranken im Wachsaal belästigt und unruhig macht, fällt für ein Aufnahmehaus nicht ins Gewicht, da man sehr störende Kranke so wie so nicht lange dort läßt.

Die Größe der Badezimmer ist den Bedürfnissen der einzelnen Abteilungen angepaßt worden. Im 1. Obergeschoß enthält das Bad 5 Wannen, damit bei den unruhigen Kranken reichlich Dauerbäder verabreicht werden können. Sie sind häufig sämtlich in Benutzung. Im Erdgeschoß werden im allgemeinen nur abends Bäder von ½ bis 1 Stunde gegeben; hier stehen 3 Wannen, auch sie werden oft gleichzeitig gebraucht. Auf der Pflegeabteilung ist, um Reinigungs-, unter Umständen auch Dauerbäder zu erleichtern, jederseits an den großen Schlafsaal ein Badezimmer mit 3 Wannen angeschlossen worden. Im ganzen sind also für 110 Kranke 14 Wannen vorgesehen. Nachts sind bisher Dauerbäder nur ausnahmweise zur Anwendung gekommen, da Kranke, die nächtlicher Dauerbäder bedürfen, im Gebäude für Unruhige untergebracht werden.

Die von der Firma Goebel in Leipzig gelieferten englischen Fayencewannen kosten je 510 M. Wannen gleicher Art sind hier seit dem Jahre 1908 in Gebrauch; ihre Abnutzung ist außerordentlich gering. Nur an der Außenseite, welche nicht glasiert, sondern mit Emaillefarbe gestrichen ist, finden sich einige abgestoßene Stellen; doch hat das Aussehen wenig dadurch gelitten. Wichtiger ist, daß die Glasur der inneren Wand und des

gewölbten Randes sich tadellos erhalten hat, so daß keinerlei Schmutz haften kann.

Am unteren Wannenende befindet sich oben der Zulauf, unten der Ablauf für das Wasser.

Das Wasser wird den Wannen mittels eines von der Firma Butzke & Co., Berlin S 42, gelieferten Mischapparates zugeführt, wie er in unseren Dauerbädern der Häuser für Unruhige bereits seit dem Jahre 1903 zu voller Zufriedenheit arbeitet. Sowohl das heiße wie auch das kalte Wasser kommen aus Behältern vom Dachboden, so daß — was sehr wichtig ist — beides unter gleichem Druck steht; das heiße wird dort oben in einem Boiler bereitet. Das Wasser kommt durch die Leitungen a und a′ (siehe die Abbildung), kann durch die nicht frei zugänglichen Hähne b und b′ beliebig abgesperrt werden, mischt sich in c, wo durch einen Hebel der gewünschte Wärmegrad einzustellen ist, wird von Thermometer d gemessen und durch die Hähne e zu den einzelnen Wannen abgelassen Der Heißwasserhahn b′ wird nun vom Maschinenpersonal soweit geschlossen, daß das abströmende Wasser bei der höchsten Boilertemperatur und bei der weitesten Einstellung auf „warm" (bei c) niemals eine bestimmte Temperatur (45° C) überschreitet. Die Vorrichtung ist so einfach, daß ein Versagen kaum denkbar erscheint. Der Hahn b′ geht sehr straff, so daß er nicht etwa von selbst sich weiter öffnen kann. Monatlich wird von sachkundiger Hand nachgeprüft, ob der Apparat völlig in Ordnung ist.

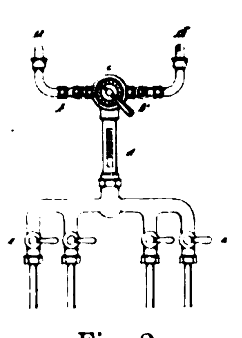


Fig. 2.

Es läßt sich darüber streiten, ob es ratsamer ist, die Temperatur des Badewassers durch irgendeine mechanisch arbeitende Sicherungseinrichtung zu regeln oder auf die Gewissenhaftigkeit des Pflegepersonals das ganze Gewicht zu legen. Früher neigte man wohl mehr zu der letzteren Auffassung, neuerdings ist aber durch wohlgelungene Erfindungen die erstgenannte Methode immer mehr in Aufschwung gekommen. Derartige zum Teil fein durchdachte Apparate sind in mehreren Anstalten und Kliniken eingeführt worden. Anderswo hat man absichtlich davon Abstand genommen. In dem Breslauer Kommissionsbericht [1]) heißt es, daß Sicherungsvorrichtungen vielfach wegen ihrer Unzuverlässigkeit zu Klagen Veranlassung gegeben hätten, ja sogar zu ihrer Entfernung (Bremen).

Die Tatsache, daß man immer wieder von Verbrühungen Kranker durch heißes Wasser hört, beweist die Wichtigkeit dieser Frage. Es ist

[1]) Bericht über die zur Besichtigung von Irrenhausbauten und deren Einrichtungen unternommene Studienreise 1908.



nicht zu bezweifeln, daß jede Vorrichtung, die selbsttätig der Gefahr vorbeugen soll, dahin wirkt, die Aufmerksamkeit des Pflegepersonals einzuschläfern. Durch Ermahnungen wird es nicht gelingen, ihre Achtsamkeit auf die Wärme des Wassers so scharf zu erhalten, als wenn ihnen bewußt ist, daß von ihrer Sorgfalt alles abhängt, und daß eine große Gefahr droht. Andererseits würde uns natürlich eine wirklich sichere mechanische Vorrichtung von der menschlichen Schwäche des Pflegepersonals, die wir nie aus der Welt schaffen können, unabhängig machen und eine sonst nicht erreichbare Sicherheit gewähren. Arbeiten die Apparate aber wirklich ganz zuverlässig? Wird nicht immer wieder einmal eine Störung und damit wahrscheinlich ein Unglücksfall vorkommen? Offenbar bedarf die Frage noch der Klärung, und die Ansichten werden sich gegenwärtig noch nicht vereinigen lassen. Es ist genau wie beim Eisenbahnbetriebe, und man wird, so wie dort, auch bei uns immer weiter danach streben, das Problem selbsttätiger Sicherung zu lösen, wird auch der Lösung wahrscheinlich immer näher kommen. Ich wiederhole, daß unsere Einrichtung sich bisher durchaus bewährt hat.

In den Baderäumen genügt im allgemeinen für 5 Kranke 1 Pfleger. Man muß dabei aber den Zustand der Kranken sorgsam berücksichtigen, vor allem die Gefahr, in welche Epileptiker beim Baden durch den Ausbruch eines Anfalles geraten.

Zur Dämpfung des Schalles ist in den Badezimmern der Aufnahmehäuser versucht worden, an der Decke mehrere Tücher nach Art von Lambrequins zu spannen. Tatsächlich wird ein gewisser Erfolg dadurch erreicht.

Die Wannen lassen sich nach Bedarf durch wasserdichte, braune Segeltuchvorhänge, welche an Stangen befestigt und verschiebbar sind, voneinander trennen, um zu verhindern, daß Kranke sich gegenseitig schlecht beeinflussen. Eine genügende Überwachung ist trotz der Vorhänge möglich.

Zwischen den Wannen liegen Lattenroste. An der Wand ist eine Stange zum Überhängen der Badetücher angebracht. In einer Ecke des Badezimmers steht ein Klosettbecken. Eine niedrige Badebank (46 cm hoch) mit dünnem, von Wachstuch überzogenem Polster dient den Kranken als Sitz oder Lager, z. B. beim Abtrocknen, und ist sehr bequem zur Ausführung der Einläufe. Ganz ähnliche Bänke, etwas höher (85 cm) dienen bei der körperlichen Untersuchung in den ärztlichen Zimmern.

Schwierig ist es, den Kranken im Dauerbade eine Zerstreuung zu bieten. Einer der großen Vorzüge der Gartenbäder liegt darin, daß die Kranken immer etwas sehen, was ihre Gedanken ablenkt; im Badezimmer dagegen blicken sie nur auf kahle Wände und mehr oder weniger unruhige Leidensgenossen. Um dem Auge wenigstens etwas zu bieten, ist an den Wänden oberhalb der 2 m hohen weißen Kachelbekleidung von künstlerischer Hand ein bunter Fries gemalt, der scherzhafte Wasserszenen, Fische, Schiffe und dergleichen zur Darstellung bringt.



Ein kleines eigenes Badezimmer mit einer Wanne ist im Erdgeschoß gleich neben dem Eingange für die neu aufgenommenen Kranken eingerichtet.

Bei den Fenstern der Aufnahmehäuser wollte man alles Gefängnismäßige vermeiden und doch einen Schutz dagegen bieten, daß Kranke ohne weiteres hinausspringen. Dabei sollte es möglich sein, sie bequem zu bedienen und vor allem sie weit zu öffnen. Die Frage, ob und wie man die Fenster sichern soll, ist ja schon viel erörtert worden und wird sehr verschiedenartig beantwortet. Die beste Sicherung wird gewiß stets in der Aufmerksamkeit des Pflegepersonals liegen. Fehlt es hieran, so werden gewitzte Kranke immer wieder eine günstige Gelegenheit zu erhaschen wissen. Wir meinen aber, daß man gegen plötzliche, überraschende Ausbrüche doch einen Schutz schaffen soll, wenn nicht etwa die Kranken so harmlos sind, daß man nichts zu befürchten hat. Dabei kommt es also für Wachsäle gar nicht auf die Abwehr roher Kraft oder raffinierter Beschädigung an, sondern nur auf Schutz gegen den ersten Anprall. Bei sehr reichlichem Pflegepersonal kann man sich natürlich eher behelfen; aber dadurch, daß die Pfleger immerfort den Fenstern ihre größte Aufmerksamkeit zuwenden müssen, wird eine Menge Arbeitskraft gebunden, die auf andere Art besser verwandt werden kann. Meist scheint man demgemäß jetzt eine gewisse Sicherung vorzunehmen und zwar die dreiteiligen Fenster mit Drehflügel zu bevorzugen, die wohl genügenden Schutz, jedoch nur eine zu schmale Öffnung bieten.

Zum Lüften muß man aber eine weite Fläche öffnen und ohne besondere Bewachung offen stehen lassen können. Dabei sollte man nicht versäumen, den Kranken die Möglichkeit zu gewähren, sich selbst die Fenster zu öffnen, um frische Luft und einen weiteren Blick nach außen zu genießen; immer wieder hört man von ihnen, wie angenehm sie diese Freiheit empfinden. Alle diese Bedingungen müssen aber erfüllt werden, ohne daß dabei das Aussehen des Fensters leidet. Es wird zwar gesagt, man solle den Kranken keine Freiheit vortäuschen, die sie nicht haben, und Gitter, falls sie nicht zu entbehren sind, offen zutage treten lassen. Es ist aber doch durchaus nicht gleichgültig, ob man eine Wahrheit grob oder schonungsvoll sagt, und immer wieder haben es gut beobachtende Irrenärzte ausgesprochen, in wie auffallendem Maße sich die Eindrücke der Umgebung in dem äußeren Wesen der Kranken wiederspiegeln.

Nach verschiedenen Versuchen ist für unsere Aufnahmehäuser eine Form gewählt worden, welche allen Forderungen zu genügen scheint (siehe Abbildungen). Die Fenster sind sehr hoch und breit, etwa 2,00 × 1,50 m in lichter Öffnung. Das untere Paar der Fensterscheiben ist von dünnem Glas, die Flügel haben einen Baskülverschluß und können von den Kranken selbst geöffnet werden. Nach der Straße zu wölbt sich ein architektonisch geformtes Korbgitter vor, welches ein Hinausspringen hindert, dabei aber durchaus den Eindruck eines Zierrates gewährt, wie er bei modernen Bauten beliebt ist.



Die mittleren Flügel tragen keine Vergitterung, haben aber 1 cm dickes Spiegelglas und sind nur mit einem Dreikant zu öffnen. Für einen Wachsaal bieten sie genügend Schutz. Stehen mehr Mittel zur Verfügung, so wird man besser richtiges Hartglas nehmen und nötigenfalls zum Schutz gegen das Einschlagen auch die unteren Scheiben ebenso herstellen.

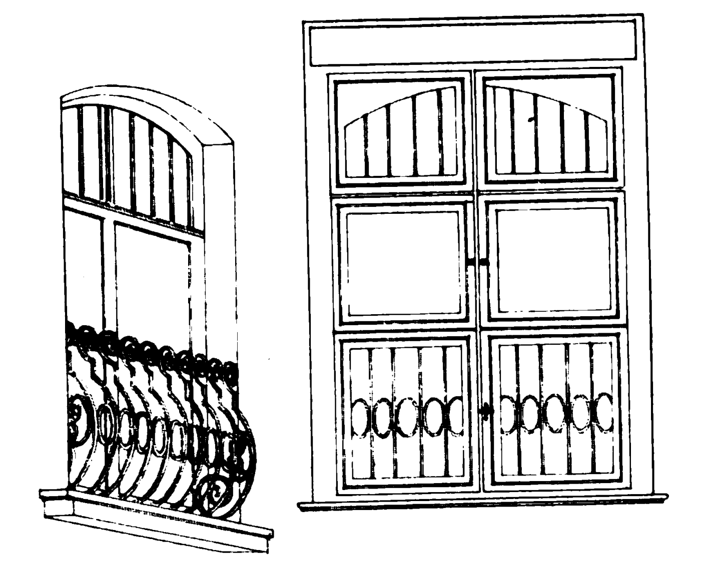


Fig. 3. Außen. Innen.

Die obersten Fensterscheiben sind wieder aus dünnem Glas gefertigt und außen durch senkrechte, in Holzfarbe gestrichene Eisenstäbe geschützt. Diese fallen hier gar nicht ins Auge, zumal man selten den Blick so hoch richtet. Der eine dieser oberen Flügel ist als Kippfenster von unten her durch einen frei zugänglichen Hebel zu öffnen, und zwar wegen der Größe der Fenster nur der eine und nicht die ganze Breite des oberen Fensterdrittels, da derartig schwere Klappen erfahrunggemäß oft Störungen erleiden. Bei der Leichtigkeit, mit der durch die unteren Flügel frische Luft eingeführt werden kann, brauchte auf die Kippfenster weniger Wert gelegt zu werden. Sind die Kranken nicht im Saale, so kann man auch noch die mittleren Fensterdrittel zum Lüften heranziehen.

Wegen der dem Winde ausgesetzten Lage der Anstalt war es ein unumgängliches Erfordernis, überall Doppelfenster anzubringen. Die äußeren Scheiben sind sämtlich aus dünnerem Glas. In den Einzelzimmern sind die inneren Fensterscheiben sämtlich aus starkem Glas, in den Baderäumen die äußeren aus Mattglas.

Die Fenster haben bisher ihren Zweck durchaus erfüllt. Licht und Luft lassen sie reichlich in die Räume hinein. Das Gefängnismäßige ist durch das Freibleiben der mittleren Scheiben von jeder Vergitterung ganz vermieden worden. Das ansprechende Äußere wird noch durch Topfgewächse und Blumenkästen gehoben, welche im Winter auf die Fensterbretter, im Sommer zwischen Fenster und Ziergitter gestellt werden.

Es wird mancher vielleicht Anstoß daran nehmen, daß in den Bettsälen Klosetts angebracht worden sind, nach den überaus günstigen Erfahrungen anderer Anstalten schien dieser Versuch aber doch angezeigt. Die Sitze sind voneinander und nach der Seite zu durch Wände geschützt.



welche in den beiden unteren Stockwerken 1,32 m, im Pflegegeschoß aber nur 0,87 m Höhe haben. Auf der Pflegeabteilung tragen die Wände feste Griffe zum Anhalten und hinten, querüber zwischen die beiden Wände gespannt, einen Gurt, an den sich die Kranken anlehnen können. Zur Wahrung des Schamgefühls ist man bald dazu gekommen, vorn einen niedrigen Bettschirm vor die Klosettsitze zu stellen. Der Kranke wird dadurch nicht so sehr den Blicken des Pflegepersonals entzogen, daß die Überwachung wesentlich leidet.

Die Saalklosetts bedeuten bei Pflegekranken, wo man sonst Nachtstühle verwendete, zweifellos einen Fortschritt, da sie den Vorzug weit größerer Sauberkeit haben und viel einfacher zu bedienen sind. Man muß nur Einrichtungen treffen, daß die Kranken sich gut anlehnen können. Auf Abteilungen mit besonnenen Kranken, vor allem bei gebildeten, empfindlichen und bei neu zugeführten, denen der Anstaltsbetrieb noch fremd ist, muß man die Klosetts aber so unauffällig und abgesondert anbringen, daß jedes Anstößige vermieden wird. In dieser Hinsicht ist unsere Einrichtung sicherlich verbesserungsbedürftig, es ist aber anzunehmen, daß sich der Übelstand durch eine kleine Änderung beseitigen läßt. Außerdem ist zu bedenken, daß in den Aufnahmehäusern die Kranken im allgemeinen nur kürzere Zeit verweilen und daß man solche, die Anstoß an dieser Einrichtung nehmen, natürlich sofort auf ein anderes Haus verlegt.

Geruchlosigkeit ist nach unseren Erfahrungen bei sorgfältiger Herstellung und peinlicher Sauberkeit vollständig erreichbar. Eine schwierige Frage ist aber die, auf welche Weise man das störende Geräusch beim Spülen vermeiden kann, welches besonders nachts den Kranken sehr lästig ist.

Man sollte jedoch versuchen, alle diese Schwierigkeiten aus dem Wege zu räumen, um Wachabteilungen mit Klosetts zu versehen, die vom Saale aus überwacht werden. Denn immer wieder hört man von Selbstmorden, die im Klosett ausgeführt worden sind, und es ist doch eine beträchtliche Störung des Dienstes, wenn jedesmal beim Austreten eines Kranken eine Pflegeperson dem Krankensaale entzogen wird.

Bei den Klosettbecken ist der größeren Reinlichkeit wegen ein Holzsitz, der doch immer die Feuchtigkeit des Urins eindringen läßt, ganz vermieden worden. Zum Schutze gegen die unangenehme Kälte des Steinguts sind an der Sitzstelle Einlagen von Hartgummi eingefügt. Anfangs lösten sie sich mehrfach bald wieder ab, indem das Kittmaterial abbröckelte. Jetzt hat die Firma [1]) sie so sicher befestigt, daß selten eine Ausbesserung notwendig geworden ist. Die Sitze sind sehr einfach sauber zu halten und geben zu Klagen der Kranken keinen Anlaß. Die Spülung wird durch einen Druckknopf ausgelöst, die Zugvorrichtung ist in die Wand hineinverlegt und so der Beschädigung durch Kranke entzogen.

[1]) Katzenberger, München. Die Becken stammen aus der Fabrik Villeroy und Boch.



Es sei hier noch einmal darauf hingewiesen, daß auch die Wasch-
ecken im Bettsaale selbst angebracht worden sind. Man wird vielleicht
nwenden, daß sich das große allgemeine Waschen am Morgen besser in
genen Wasch- oder in Baderäumen abspielt, und daß man dann ganz gern
nmal alle Kranken aus dem Saale entfernt, um gehörig auslüften und
inigen zu können. Andererseits bietet unsere Einrichtung den Vorteil,
aß sie die Überwachung sehr erleichtert und die Kranken anregt, auch
güber vom Waschen häufiger Gebrauch zu machen.

Jedes Waschbecken hat über sich einen frei zugänglichen Kalt-
asserhahn und am Grunde einen Wasserablauf, der durch Umlegen eines
eben dem Wasserhahn gelegenen Bügels geöffnet und geschlossen werden
ann. Kippbecken sind vermieden worden, weil sie nicht so sauber sind
ınd häufige Reparaturen nötig machen. Oberhalb des Waschbeckens
tehen auf einem Glasbrett die Mundwassergläser. Zur Seite sehen wir den
Spiegel und ein Gestell, an welchem für jeden Kranken sein Handtuch
ınd seine Zahnbürste hängen; hier finden auch die Kämme Platz. Für
Kranke in Einzelzimmern werden gelegentlich fahrbare Waschbecken
verwendet.

Für wohnliche Ausstattung der Räume, Bilder und Blumen
ist natürlich reichlich, aber nicht zu üppig gesorgt. In den großen Sälen
stehen auf den Abteilungen für ruhige Kranke Fächerpalmen. Es kommt
kaum vor, daß die Kranken sich daran vergreifen.

Sehr praktisch sind kleine Wandschränke, die schon beim Bau im
Mauerwerk ausgespart wurden. Sie werden z. B. im ärztlichen Zimmer
zur Aufbewahrung von Reagenzien und dergleichen verwendet.

Treppenabsätze und Vorplätze haben Stabfußboden, Bäder,
Spülküchen und Liegehallen Steinplatten, ebenso auch die Stellen der
Saalklosetts und Wascheinrichtungen, alle anderen Räumlichkeiten, vor
allem also sämtliche Krankenräume, Linoleum. Die Wände sind bis zu
1,30 bis 1,65 m Höhe mit Ölfarbe gestrichen, wo nicht, wie in den Spül-
küchen, Bädern, hinter den Saalklosetts, Waschvorrichtungen und Heiz-
körpern weiße Kacheln verwendet worden sind.

Die Beleuchtung erfolgt elektrisch durch Metallfadenlampen, der
Strom wird von der Anstaltsanlage geliefert. In den Schlafräumen und
ärztlichen Untersuchungszimmern können die unter Blendschirmen ange-
brachten Birnen bis zum Fußboden herabgezogen werden, in den Schlaf-
räumen läßt sich außerdem die Helligkeit durch Drehknöpfe, durch welche
Widerstände eingeschaltet werden, auf jeden beliebigen Grad abstufen.
Auf diese Weise gelingt es leicht, nachts überall die gewünschte Helligkeit
zu schaffen, besonders, wenn man noch Lampenschirme verwendet.

Stübchen, Badezimmer, Liegehallen, Spülküchen, Korridore und
Treppen haben Deckenlampen.

Alle Schaltungen sind offen angebracht, die Lampen der Stübchen
werden außerhalb derselben bedient. Unfug wird von den Kranken nur

selten mit der Beleuchtung getrieben, ernstere Schädigungen und Nachteile sind nicht dadurch entstanden.

Jeder Raum enthält eine einfache Gaslampe, welche bei Versagen des elektrischen Stromes als Notbeleuchtung dienen soll.

Jedes Haus hat eine Warmwasserheizanlage; auch an den kältesten Tagen hat sie ausgereicht. Die Heizkörper liegen frei in Nischen unter den Fenstern. Die im Keller gelegene Kesselanlage versorgt das Haus auch mit warmem Wasser; für den Sommerbetrieb ist ein kleinerer Kessel bestimmt.

Eine Reserve-Luftheizung, mit der sich eine künstliche Lüftungsanlage verbindet, ist bisher nicht in Wirksamkeit getreten.

Die Häuser sind vollständig unterkellert. In jedem Keller befindet sich ein Badezimmer für das Pflegepersonal, im Männerhause außerdem

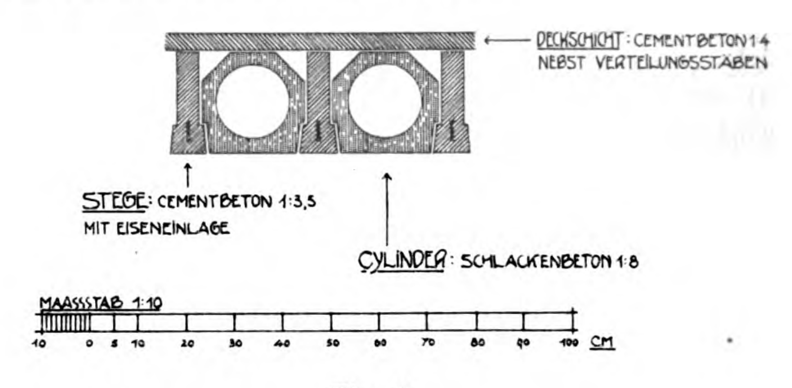


Fig. 4.

ein Dampfbad. Im Winter beherbergt ein Raum dieses Kellers die Meerschweinchenzucht.

Die zwischen den Stockwerken gelegenen Eisenbetondecken (s. Abbildung) nach einem Modell des verstorbenen Herrn Baurat *Enke* zu Leipzig sollen durch die Einlagerung luftführender Schlackenbetonröhren eine gewisse Schallsicherung erzielen; leider geht diese durch die großen in den Wänden hochführenden Rohrleitungen zum Teil wieder verloren. Ein gewisser Erfolg ist trotzdem zu verzeichnen.

Im Dachgeschoß sind in größerer Anzahl schöne, helle und luftige Zimmer ausgebaut, welche dem Pflegepersonal als Schlafräume dienen. Zwei Zimmer sind als Aufenthaltsräume eingerichtet; von dem einen gelangt man auf einen großen Altan, der mit seinem weiten Blick über die Leipziger Schlachtfelder und in die waldigen Flußauen ein herrliches Plätzchen bietet.

Im Dachgeschoß des Männerhauses sind das serologische und das psychologische Laboratorium eingerichtet worden.



Als Feuerlöschmittel hat jedes Stockwerk einen Hydranten mit angeschlossenem 20 m langem Schlauch in einem verglasten Kasten des Vorraums. Die Treppen sind feuersicher aus Beton gebaut, haben aber Holzbelag.

Der Luftraum für jeden Kranken beträgt in den Betträumen 35 cbm. Jedes Haus ist von einem durch einen mäßig hohen Staketzaun abgeschlossenen Garten umgeben, in den man durch den Süd- oder den Seitenausgang gelangt.

Die Baukosten betragen für jedes Haus einschließlich Mobiliar etwa 345 000 M.

Werfen wir nun noch einen Blick darauf, wie sich der Betrieb in diesem großen Organismus abspielt. Alle neu zugeführten Kranken kommen zunächst hierher, die ruhigen ins Erdgeschoß, die unruhigen ins 1. Obergeschoß, die Siechen nach oben, und zwar in jedem Stockwerk zunächst immer auf die zu besonders scharfer Überwachung eingerichtete Seite (die westliche). Von hier werden sie nach Bedürfnis auf die etwas freiere Ostseite oder, wenn man sie genügend kennen gelernt hat, unmittelbar nach demjenigen Krankengebäude verlegt, für welches sie sich nach ihrem Zustande eignen. Die Pflegeabteilung behält natürlich stets ihre Kranken längere Zeit und sammelt die siech werdenden aus den anderen Anstaltsgebäuden. Die Abteilungen der beiden unteren Stockwerke sind dagegen grundsätzlich Durchgangstationen, in denen immer wieder Platz freigemacht werden muß. Je nach den Umständen muß man aber natürlich von der Regel abweichen und zuweilen Kranke längere Zeit auf den Aufnahmeabteilungen belassen, wenn sie dort besonders gut aufgehoben sind, oder wenn man sie aus irgendeinem Grunde von den anderen Häusern fernhalten will.

Die der Anstalt zugeführten Kranken werden sofort nach dem Aufnahmehaus und hier in das Aufnahmebad geführt, wo sie der Arzt ansieht, um sie je nach ihrem Zustande einem der drei Stockwerke zuzuweisen. Kommen die Kranken, wie gewöhnlich, mit einem Wagen, so fährt dieser direkt vor das Haus.

Während auf der Männerseite wegen der größeren Zahl der Aufnahmen das Haus von Anfang an auf zwei Ärzte verteilt war, lag das Frauengebäude in der Hand eines Arztes. In gewisser Beziehung ist diese letztere Verteilungsart natürlich günstiger, zumal dann in ausgiebigster Weise im Hause unter den einzelnen Abteilungen ein Aushelfen und Austauschen möglich ist, wozu sich so häufig Anlaß bietet. Wegen der übergroßen ärztlichen Arbeit infolge der hohen Aufnahmeziffer ließ sich diese Dienstverteilung aber doch nicht durchführen. Dazu kommt, daß die interessante Tätigkeit bei frisch zugeführten Kranken und die Erhebung des ersten Krankheitsbefundes möglichst vielen Ärzten gegeben werden



möchte. Es ist deshalb jetzt so eingerichtet worden, daß jedes Stockwerk einem anderen Arzte untersteht, der dann außerdem noch eine weitere Abteilung der Anstalt unter sich hat. Man wird erst längere Erfahrungen sammeln müssen, wie diese Verteilung sich bewährt.

Natürlich kann man in Hinblick auf diese Nachteile fragen, ob es sich überhaupt empfiehlt, für die Neuaufnahmen ein besonderes Haus zu bestimmen, wie man es doch in so vielen Anstalten findet. Manche großen Vorteile bietet es sicherlich. Der ganze Betrieb ist ein für allemal darauf eingerichtet und eingelebt, die leitenden Pflegepersonen, die nur selten wechseln, sind in den Aufnahmebetrieb und die dabei nötigen Vorsichtsmaßregeln eingearbeitet, kennen die Bedürfnisse neu aufgenommener Kranker und sammeln Erfahrungen. Man kann anderen Abteilungen die Unruhe des unausgesetzten Krankenwechsels fernhalten, den Aufnahmestationen dagegen unangenehme Eindrücke durch besonders störende und häßliche Angewohnheiten zeigende Kranke. Gerade darin wird eine wichtige Aufgabe dieser Stationen bestehen, daß sie die neuen Kranken vor schlechten Einflüssen schützen.

Die Behandlung der Kranken ist im Aufnahmehause ganz auf Ruhe und Beruhigung abgestimmt. Die Beschäftigungstherapie, sonst unser bestes Hilfsmittel, tritt hier zurück; außerhalb des Hauses, in Werkstätten und Arbeitskolonnen, sind nur ausnahmweise Kranke tätig.

Auf der Pflegeabteilung wird die Pflege hinfälliger Kranker mit aller Sorgfalt und allen Hilfsmitteln durchgeführt. Der Dienst auf ihr ist besonders geeignet zur ersten Schulung des neu eintretenden Pflegepersonals.

Nachtwache ist natürlich auf jeder der 6 Abteilungen des Hauses. Auch für die Pflegeabteilung ist es wichtig, Tag und Nacht eine ständige Wache zu haben. Ohnedem wären die Aufgaben der Pflege Hinfälliger, vor allem die Sauberkeit, gar nicht durchzuführen.

Für jedes der Häuser sind im ganzen 25 bis 27 Pflegepersonen bestimmt, davon sind am Tage gewöhnlich 16 bis 17 auf den Abteilungen im Dienst, nachts 7.

Die Freiluftbehandlung ist so weit wie möglich ausgedehnt worden. Abgesehen davon, daß die nicht bettlägerigen Kranken bei gutem Wetter vor- und nachmittags sich längere Zeit im Garten aufhalten, wird vor allem von den Liegehallen der ausgiebigste Gebrauch gemacht, indem die Betten sämtlicher bettlägeriger Kranken hinausgefahren werden. Hierzu werden zwei Rollgestelle (Bettfahrer) verwendet, die, am Kopf und Fußende angesetzt, die Bettstelle hochheben, so daß sie auf den Rollen leicht zu fahren ist. In warmen Sommernächten können die Kranken auch nachts im Freien verbleiben. Da wir hier schon seit Jahren die Erfahrung gemacht haben, daß es sich sehr leicht durchführen läßt, auf die Kranken sogar besonders günstig wirkt, wenn man die Freiluftbehandlung nicht immer wieder unterbricht, sondern die Kranken längere Zeit andauernd im Freien läßt, so ist in den letzten Sommern zur Zeit der größten



Wärme eine große Anzahl von bettlägerigen Kranken 4 bis 6 Wochen ohne Unterbrechung Tag und Nacht im Freien gewesen. Mit dem Eintreten kälterer Jahreszeit wird der Aufenthalt im Freien allmählich eingeschränkt, aber auch im Winter werden die Kranken an sonnigen Tagen mittags in den Betten auf die Veranden hinausgefahren.

Die Erfahrung ergibt nun, daß die Freiluftbehandlung nicht nur dem körperlichen Zustand der Kranken förderlich ist, sondern auch eine Abnahme der Unruhe herbeiführt. Immer wieder hat sich uns dieser Eindruck aufgedrängt, und auch vom Pflegepersonal, das doch in gewisser Hinsicht den Zustand der Kranken zuweilen besser kennt, weil es beständig bei ihnen weilt, hört man immer wieder äußern, daß die Kranken im Freien ruhiger seien als im Saal. Man vergegenwärtige sich, wie auch bei Gesunden der Aufenthalt in freier Luft eine behagliche Stimmung auslöst und — das würde wohl der Kernpunkt sein — ermüdend wirkt. Dazu kommt in manchen Fällen die beruhigende Wirkung der Ablenkung durch die Beobachtung der Natur und des Lebens im Freien.

Auch von den Kranken selbst wird der Aufenthalt im Freien wohltuend empfunden. Viele bitten geradezu darum oder verlangen sogar energisch, ins Freie gelegt zu werden. Die Kranken härten sich bald ab, Erkältungen treten bei vorsichtiger Durchführung nicht ein.

Störungen der Umgebung durch Lärm, anstößige Worte und dergleichen kommen natürlich gelegentlich vor. Meist sind sie so geringfügig, daß man sie mit in Kauf nehmen kann, und nur ganz vereinzelt ist es vorgekommen, daß deshalb bei einem Kranken der Aufenthalt auf der Veranda unterbrochen werden mußte. Bei den Häusern für Unruhige sind die Liegehallen am Garten, fern vom allgemeinen Wege, gelegen.

Die Aufnahmehäuser erfüllen ihren Zweck, wie sich in diesen zwei Jahren ergeben hat, in sehr vollkommener Weise. Da aber alles gerade für die Dösener Verhältnisse berechnet ist, so liegt es auf der Hand, daß gewisse Einrichtungen nicht ebenso für jede andere Anstalt übernommen werden können.

Die Entwürfe zu den Häusern und ihren Einrichtungen stammen von Herrn Geheimen Medizinalrat Dr. *Lehmann* zu Dösen. Es ist mir eine angenehme Pflicht, ihm für die Erlaubnis der Veröffentlichung und für seine freundliche Beihilfe meinen wärmsten Dank auszusprechen.



Jugendpflege in den Heilanstalten.

Von

R. Flister, Hauptlehrer, Uchtspringe.

Es ist eine anerkannte Tatsache, daß der Erziehungsgedanke in unserer Zeit nicht nur mehr als vordem in den Vordergrund gedrängt ist, sondern auch weitere Schichten des Volkes erfaßt hat als in früheren Zeiten. In der Reihe der Erziehungsgedanken ist neuerdings das Problem der Jugendpflege besonders stark hervorgetreten. Wer die Bedeutung derselben unterschätzt, hat dafür nicht das volle Verständnis, wer sie aber als das anerkennt, was sie ist, als eine Verpflichtung der um das Volkswohl ernstlich Bemühten, der ist auch von ihrer Wichtigkeit durchdrungen. Der Erlaß des preußischen Kultusministers vom 18. Januar 1911 über die Jugendpflege bringt diese Auffassung voll zum Ausdruck und gibt in den angefügten Grundsätzen und Ratschlägen gleichzeitig einen schätzenswerten systematischen Überblick über das, was bisher getan worden ist und in Zukunft in größerem Umfange getan werden soll.

In dem Erlaß wird naturgemäß der Blick zunächst nur auf die gesunde Jugend gerichtet und zu Maßnahmen aufgefordert, das Gesunde gesund, das Starke stark zu erhalten. Gleichwohl werden sich aber alle Veranstaltungen unter denselben stellen, ihn für sich maßgebend erachten, sofern solchen auch die Fürsorge für Jugendliche obliegt: Blinden- und Taubstummenanstalten, Krüppelheime, Heilanstalten (für Kranksinnige, Epileptiker und Geisteskranke); denn sie alle haben die Aufgabe, nicht nur zu behandeln und zu pflegen, sondern auch zu erziehen. In allen diesen Anstalten hat man es nicht mit den Kommenden zu tun, wie dort bei den Jugendlichen, die vom öffentlichen Leben umwoben werden, nicht mit der Hoffnung der älteren Generation, und dabei doch mit Menschen, denen auch eine

Zukunft bevorsteht. Gewiß ist die Aufgabe schwierig, die schulentlassenen normalen Knaben und Mädchen unter die im freien Volksleben gefundenen erzieherischen Grundsätze zu stellen, aber schwerer die, volkserzieherische Grundsätze da zur Anwendung zu bringen, wo nicht die öffentliche gesellschaftliche Organisation, nicht die Familie mitleitend und planmäßig beeinflussend eintreten kann, und wo die Erziehungsmöglichkeiten ganz andere sind. Dabei ist noch der Umstand in Erwägung zu ziehen, daß die erwähnten Anstalten dem zustreben müssen, so weit als angängig die minderwertigen Elemente, die in einer Zeit wirtschaftlichen Aufschwunges als Last empfunden werden, da ihre Versorgung eine unproduktive Verwendung des Nationalvermögens bedeutet, durch alle Mittel heranzuziehen zu nützlichen Gliedern der menschlichen Gesellschaft. Trotz dieser und mannigfacher anderer Schwierigkeiten haben sich einsichtige Anstaltsleiter in mustergültiger Weise der Jugendpflege angenommen, sich um die Jugend verdient gemacht und reiche Erfahrungen auf dem Gebiete gesammelt. Insonderheit den Heilanstalten mich zuwendend, möchte ich als einen solchen Anstaltsleiter den Direktor Professor Dr. *Alt*-Uchtspringe nennen, der auch in Anerkennung seiner Verdienste auf diesem Gebiete zum Mitgliede des Bezirksausschusses für Jugendpflege berufen worden ist.

In Uchtspringe ist der Gedanke der Jugendpflege ebenfalls nicht neu, und sie besteht seit Begründung der Anstalt. Die für ihren Betrieb maßgebenden Gedanken kommen in den nachstehenden Skizzen zum Ausdruck.

I. Das Spiel, ein belebender und lebensfähiger Gegenstand in dem Organismus der Anstalt.

Schon äußere Gründe sprechen dafür, an unseren Anstalten dem Bewegungsspiel Beachtung zu schenken und seine Benutzung als zweckmäßig zu erachten.

Ist uns doch in dem Bewegungsspiel ein Mittel an die Hand gegeben, die körperliche Bewegung, ohne welche körperliche Gesundheit nicht bestehen kann, anzuregen und zu fördern. Wie leibliche Tätigkeit und Übung für die Gesunderhaltung wie auch zur Beseitigung von Krankheiten eine Notwendigkeit ist, braucht nur angedeutet zu werden. Die Erfahrung, daß Leute, welche viel Bewegung haben, sich einer heiteren, frischen Seelenstimmung erfreuen, führt uns darauf, wie das Spiel mit seiner vielseitigen Bewegung auch von großem Einflusse ist auf den eigentlichen Regulator des äußeren Organismus, das Nervensystem. Kann es

auch bezüglich des Verhältnisses von Körper und Geist bei vielen unserer Zöglinge nicht heißen, daß in einem gesunden Leibe ein gesunder Geist wohnen muß, so doch, daß ein gepflegter Körper eine für die Erziehung empfänglichere Seele beherbergen wird. Bedarf es dazu wirklich des Spieles? Darauf habe ich in Ansehung unserer besonderen Verhältnisse ein bedingungsloses „Ja“. Ich beachte wohl den Einwand, daß Arbeit recht gut dazu angetan sei, das vorgenannte Ziel zu erreichen. Arbeit in Ehren, und gern bringe ich zum Ausdruck, daß Arbeit nicht allein zu den ersten Pflichten des Menschen gehört, sondern auch zu seinen vornehmsten Rechten. Aber eben deshalb, weil sie Pflicht ist, wird sie von vielen als Druck empfunden, und da ihre Ausführung mit Mühe verbunden ist, so ist ihr ein Teil unserer Schutzbefohlenen nicht gewachsen; denn nach ihrer Naturanlage sind sie nicht auf Anstrengung eingerichtet, mag sie geistiger oder leiblicher Art sein. Daß teilweise Arbeitsunfähigkeit besteht, geht schon aus dem Begriff Arbeit hervor. Des Segens körperlicher Bewegung müßten die Arbeitsunfähigen verlustig gehen, und wie der Rost am ruhenden Eisen zehrt, so bei ihnen Gemächlichkeit und Ruhe an der Kraft, dem Wuchse und Ausbaue des Körpers. Dem mag entgegengehalten werden, daß zu irgendeiner Handarbeit doch beinahe jeder Pflegebefohlene heranzuziehen sei. Aber derartige Beschäftigung ist oft so mechanisch, daß nur ein Glied zur Ausführung gebraucht wird und der ganze Organismus, weil die Bewegung auf Handgriffe beschränkt bleibt, Schaden leidet zum Nachteile der Gesundheit des Leibes und der Seele. An vielen dieser letzterwähnten Patienten läßt sich einsehen, wie unzureichende Bewegung ihre lähmende Rückwirkung auf Geist und Gemüt äußert. Sie sind verstimmt, zeigen gestörte Aufmerksamkeit, sind zerstreut, fallen auf durch Unlust und Lässigkeit. Die geistige Kraft wird bei ihnen je länger je mehr gebunden.

Auch dem Wandern in Form der Spaziergänge soll dabei Gerechtigkeit werden; denn neben dem, daß es den Sinn für Gottes herrliche Natur zu wecken und zu vertiefen vermag, zur Bereicherung des Seeleninhaltes beiträgt, bei Reizungen beruhigend und ablenkend wirkt, trägt es durch die in ihm liegenden Anforderungen an Körperkraft auch zur Pflege des Körpers bei. Gegen das Spiel jedoch ist es einseitig und unzureichend; auch kann es nur bei gutem Wetter erfolgen und muß bei unfreundlicher, veränderlicher Witterung fortfallen.

Die bisherige Ausführung läßt sich dahin zusammenfassen: Gesundheit und Kraft des Leibes bilden die Grundlage, auf welcher das Vollgefühl des körperlichen Wohlseins beruht. Gesundheits- und Kraftgefühl werden durch geeignete körperliche Bewegung entwickelt und gestärkt. Neben der Arbeit ist dem Spiele, seines physischen und diätetischen Einflusses halber, Beachtung zu schenken.

Der Mensch besteht aus Körper und Geist, und es kann nicht zweifelhaft sein, daß beiden auch im Anstaltsleben eine gleiche Sorgfalt zu widmen



ist. Naturgemäß ist die erste Rücksicht der Gesundheit des Körpers zuzuwenden, aber ebensowenig darf sich die Anstalt der ernsten Pflicht entziehen, ihre Fürsorge der Ausbildung des Geistes zuteil werden zu lassen. Wollen wir deshalb dem Spiel das Wort reden, so müssen wir auch die Frage erwägen: Inwiefern nimmt das Spiel Anteil an der geistigen Ausbildung unserer Schutzbefohlenen?

Spiel unterscheidet sich scharf von Arbeit. Das Merkmal der Ziel- und Zwecklosigkeit trennt es von jener. Im Unterschied zu Arbeit ist Spiel absichtsloses Tun, das Lust gewährt und nur wegen der Lust gesucht wird; es ist und bleibt heiterer Scherz, und der tiefe Ernst, der in ihm liegt, beruht auf der poetischen Illusion, die auch dem Spiele ideellen Wert gibt.

Das Spiel nimmt alle Seelenkräfte in Anspruch. Es weckt nicht nur Vorstellungen und gewöhnt an schnelles Auffassen, sondern weckt auch die Neigung, die gewonnenen Vorstellungen in die vielseitigsten Verbindungen zu bringen. Wenn nun auch die durch die Spieltätigkeit gewonnenen Kombinationen zunächst nur die Bedeutung augenblicklicher und an sich wertloser Einfälle haben, so ist doch die dadurch erweckte Aufmerksamkeit sowie Gelenkigkeit der Vorstellungsbewegung ein großer Gewinn für das geistige Leben. Wie sich das Spiel für die denkende Seele befruchtend erweist, so nicht minder für ihr Gemütsleben. Spiel ist seinem Wesen nach Lust und Scherz. Jedes Wölkchen der Unlust und des Unmutes wird verscheucht durch die Heiterkeit des Spieles, und „Heiterkeit ist der Himmel, unter dem alles gedeiht". Möchten wir es dieserhalb nicht auch denen zugänglich machen, die geschickt zu ernster Arbeit sind und in derselben die dem Leibe wohltuende Bewegungsform haben? Diesen sei das Spiel Erholung nach rechter Arbeit, verleihe ihnen neue Spannkraft durch Darbietung von Lebensgenuß und Lebensfreude. Auch dem Wollen werden von dem Spiel die wirksamsten Anregungen zuteil. Das Wollen kann sich frei und ungehindert betätigen; hier erhält es Aufgaben, an die es zwar seine volle Kraft setzen kann, die ihm aber doch nicht einen in der Ferne liegenden Erfolg in Aussicht stellen, sondern im Tun und Handeln selbst unmittelbar und fortwährend ihre Lösung finden. Indem das Spiel alle Seelenkräfte in geeigneter Weise in Anspruch nimmt und pflegt, läßt es uns auch einen Blick tun in die geistige Eigenart des Patienten. Das ist aber für die Erziehung von der größten Bedeutung; denn in der Individualität sieht alle Erziehung den Ausgangspunkt ihrer Bemühungen und in ihrer gewissenhaften Beachtung eine ihrer wichtigsten Aufgaben. Eigentümlichkeiten des Pfleglings, die bei dem Ernst der Arbeit sich nicht in gleicher Weise geltend machen konnten oder durch den im Anstaltsleben liegenden Zwang unterdrückt wurden, treten beim Spiel unverhüllt hervor. Das gemeinsam nach verabredeten Ordnungen zu erfolgende Tun im Spiel erzieht zur Ordnungsfähigkeit. Es führt den einzelnen zum Bewußtsein des notwendigen Verhaltens zum Ganzen und gewöhnt dadurch an freiwilligen Gehorsam. Die oft ungeschminkt hervortretende Selbstsucht

wird kräftig unterdrückt und der Gemeinsinn geweckt. Der Eigensinnige lernt sich fügen und steht von der Geltendmachung seines Willens ab, der Ungebärdige unterwirft sich freiwillig.

Es gibt daher schwerlich ein Mittel, welches wie dieses imstande ist, Leib und Seele zu stärken, die geistige Ermüdung zu beheben, zur Arbeit fähig und freudig zu machen, und welches in so hohem Maße geeignet ist, an der Besserung eines normalen Jugendlebens zu arbeiten.

Anschließend mögen einige Winke für den Spielbetrieb folgen.

Wo soll gespielt werden? Bei günstiger Witterung wird im Freien gespielt; sei es nun auf den die Gebäude begrenzenden Rasenflächen oder auf geeigneten Plätzen, welche bei Gelegenheit der Spaziergänge berührt werden, oder auf einem sonderlich diesem Zwecke dienenden lauschigen Platze unter schattenden Bäumen. Je näher der in der Regel benutzte Spielplatz dem Gebäude liegt, desto besser ist es für die besonderen Verhältnisse. Zudem wird dadurch ermöglicht, denjenigen das vergnügliche Zuschauen zu gewähren, die sich aus irgendeinem Grunde nicht am Spiel beteiligen können. Ungünstige Witterung nötigt, die vielleicht zur Verfügung stehende Turnhalle oder den Tagesraum zu benutzen; auch würde bei einzelnen Spielen an die etwa vorhandenen Veranden gedacht werden können.

Wann soll gespielt werden? Für die Kranken, welche zur Arbeit nicht herangezogen werden können, ist leicht eine Zeit gefunden. Um aber den Arbeitenden gerecht zu werden, so wäre am besten eine Zeit ins Auge zu fassen, die am Schlusse der Arbeit oder auch nach einer Ruhepause liegt. Für den Sommer ergibt sich die Zeit von 7 bis 8 Uhr abends als geeignet. Auch während des Winters ruht das Spiel nicht.

Wie oft und wie lange soll gespielt werden? Den nicht bei der Arbeit Beteiligten ist die Möglichkeit des Spielens öfter zu bereiten als denen, welche die Bewegungsform der Arbeit genießen können. Ersteren möchte zum mindesten eine Stunde täglich für das Spiel gewährt werden, den letzteren aber so oft es angängig und mit dem sonstigen Anstaltsgetriebe vereinbar ist, wenigstens aber an den arbeitsfreien Sonn- und Festtagen. Für das Wielange? ist der Maßstab in den Spielenden selbst zu suchen. Mit einer Stunde möchte das Höchstmaß bezeichnet sein. Die ganze Zeitfrage ist zudem gelöst, sobald man von dem Werte des Spieles überzeugt ist.

Wie soll gespielt werden? Ein frischer, froher Sinn muß bei dem Spiele herrschen, und doch geschehe alles mit Maß und Ordnung. Jede Überreizung und Überanstrengung ist ebenso zu vermeiden wie ertötendes Einerlei. Aufregendes Spiel muß mit beruhigendem in Wechsel gebracht werden. Die Auswahl ist dieserhalb zweckmäßig zu gestalten. Der Spielleiter hat das Spiel in die richtige Bahn zu lenken und die notwendige einschränkende Grenze zu ziehen, ohne jedoch durch fortwährendes Drein-



und Zwischenreden den Unmut zu erregen und die Lust am Spiel zu verkümmern. Die Spielleitung muß mit Takt geschehen.

Was soll gespielt werden? Wie bezüglich der Art und Weise des Spielbetriebes Anleitung für die Spielleiter notwendig ist, so auch bezüglich des Spielstoffes. Diese Anleitung und Belehrung zu geben ist aber nur ein erfahrener Pädagoge imstande. Derselbe gibt in besonderen Stunden dem Wartepersonal Belehrung und Anleitung und überwacht den gesamten Spielbetrieb. Daß diese Oberleitung des Spieles in steter Fühlung mit dem Arzt zu stehen hat, bedarf wohl kaum der weiteren Erwähnung.

II. Der Gesang ein notwendiges Glied der Anstaltserziehung.

Für jeden Anstaltsverband bildet die Unterhaltung der Pflegebefohlenen einen Gegenstand von hoher Bedeutung, gleichzeitig aber auch in den meisten Fällen einen Gegenstand, welcher der Leitung viel Schwierigkeiten bietet. Gilt dies von allen Anstalten, so um so mehr von den in Frage stehenden Heilanstalten für Nerven- und Geisteskranke. Der Unterhaltung dienend werden Feste abgehalten, theatralische Aufführungen veranstaltet, Spiele angeordnet. Während diese Unterhaltungsmittel aber einesteils aus naheliegenden Gründen dem einen versagt sein müssen, also nicht allen zugänglich gemacht werden können, so sind sie andernteils manchmal nur mit großen Schwierigkeiten und unter großem Kostenaufwande durchführbar, so daß sie nur in größeren Zwischenräumen zu ermöglichen sind.

Als allzeit bereite Helferin bietet sich uns da die Musik an. In einzelnen Abteilungen steht ein Klavier oder ein Harmonium zur Verfügung, dort sammeln Geige, Cello, Zither einen Zuhörerkreis um sich, am anderen Ort finden Mund- und Ziehharmonika dankbares Publikum; sogar der Leierkasten hat sich guter Aufnahme zu erfreuen. Tritt Frau Musika aber nur in diesen Rollen auf, so zieht sie doch wiederum nur einen kleinen Teil in ihren Bannkreis. Es soll durchaus nicht gesagt werden, daß nur diejenigen des Segens der Musik teilhaftig werden, welche sie selbst auf diesem oder jenem Instrumente ausüben. Gewiß haben auch die Anteil daran, die aufmerksame Hörer sind. Aber umfassender, ja alle umschließend wirkt die Musik im Gesange. In diesem sind alle ausübend und genießend zugleich.

In dem Gesange haben wir aber nicht nur ein treffliches Unterhaltungsmittel, sondern wir betrachten ihn auch als ein notwendiges Glied der Anstaltserziehung. Wie gelingt es oft durch ihn, die Unruhe abzuleiten, wie ist er Mittel, die verschiedensten Elemente zu einigen und zu binden! Da kehrt eine größere Zahl kranker Außenarbeiter vom Felde heim. In Reih und Glied kommen sie angezogen. Der Wärter hat ein Lied angestimmt. Leicht fügt sich alles den Fesseln des Gesanges. Der Pflegling fühlt sich oft vereinsamt; im Gesange fühlt er den Segen des vereinten Wirkens, da fühlt er sich mit den andern verbunden, sein Herz wird in Liebe erwärmt, und das Gefühl für Freundschaft wird erweckt und gepflegt. Ein aus der hiesigen Anstalt entlassener Pflegling konnte deshalb



aus seiner Heimat einem hier gewonnenen Freunde schreiben: „Heute machten wir bei schönem Wetter einen Ausflug in die Thekenberge; es war ein herrliches Vergnügen. Da stiegen mir beim Singen der dort gelernten Lieder auch wieder freundliche Erinnerungen auf, wie schön wir dort so manche liebe Stunde verbracht haben." Auch mit Pflegern und Pflegerinnen, die es verstehen das rechte Lied anzustimmen, fühlen sich die Kranken fester verbunden, und beide Teile erhellen einander das Dasein. Da wird am Geburtstage des Patienten sein Lieblingslied angestimmt. Seine Bereitwilligkeit ist geweckt, und beide Teile kommen einander nahe. So knüpft der Gesang das Band der Einheit, erhebt das Gemüt und ist als wesentlicher Faktor anzusehen, das Anstaltsleben zu veredeln und zu heben.

Im Liede, im Gesange kommt am vollkommensten zum Ausdruck, „was Menschenbrust durchbebt, was Menschenherz erhebt", und deshalb ist er uns Mittel, in das tiefinnerste Leben der Seele einzudringen, wie es durch Wort und Schrift, die stets eine Vermittlung durch das Denken voraussetzen, nie geschehen kann. Durch den Gesang sind wir darum imstande, die edelsten Saiten des menschlichen Herzens anzuschlagen, die tiefsten Regungen der Seele zu wecken; mit seiner Hilfe greifen wir in das innerste Seelenleben ein, impfen Gefühle, Bestrebungen ein, die ohne ihn niemals zu erlangen wären, bereichern mit Gedanken, die nie hätten gewonnen werden können. Ziehen wir hieraus die weitere Folgerung: durch Bildung des Gedankenkreises im Gesange werden Leitsterne für das Tun gegeben, der Wille wird beeinflußt, der Charakter gebildet.

Was sollen wir singen? Nicht alles; denn es gibt auch einen Sirenengesang. Läßt du dir den christlichen Volksgesang angelegen sein, so hast du gewonnenes Spiel, und die Zotenlieder und Gassenhauer werden bald verschwinden. Die Beobachtung können wir im Anstaltsleben immer wieder machen, wenn wir die Pfleglinge, die sich bisher selbst überlassen waren, solchen gegenüberstellen, die nun in der Anstalt erzogen sind.

Darum greife hinein in den reichen Schatz des deutschen Volksliedes, in dem Innigkeit und gewaltige Kraft, in dem des deutschen Volkes Freud und Leid liegt, in dem Kunst und Natur sich vereinigen.

Die gestellte Forderung: Dem christlichen Volksgesange ist der Stoff zu entnehmen, weist neben dem Volksliede aber auch dem Kirchenliede, dem Choral, seine gebührende Stellung ein; denn in dem geistlichen Volksliede kommen wie in keinem anderen Liede die Gefühle des Glaubens, des Gottvertrauens, des Trostes, des Dankes, der Liebe und der Erhebung zum Ausdruck.

Die Frage, wann und wie soll gesungen werden? ist schwer zu beantworten. Das Richtige ist leichter zu fühlen als auszusprechen. Man singe des Morgens und des Abends bei der Andacht, bei der Arbeit, beim Spazierengehen, bei besonderen Gelegenheiten: an Geburtstagen, oder wenn ein Todesfall sich ereignete, an Sonn- und Festtagen, und doch singe



ın nicht regellos; denn wie alles regellose Tun in Langweiligkeit endet, auch regelloses Singen.

Wie soll gesungen werden? Es ist darauf zu achten, daß gesungen d nicht geschrien werde. Ob ein-, zwei- oder mehrstimmig gesungen ·rden soll, ist eine Sache von untergeordneter Bedeutung. Wird gut nstimmig gesungen, so ist viel, sehr viel erreicht. Ist der Pfleger oder e Pflegerin in der Lage, eine natürliche zweite Stimme dazu zu singen, ist noch mehr erreicht; vielleicht finden sich gar unter den Zöglingen liche, die das zu leisten vermögen, und dann ist es noch besser. Von ehrstimmigem Gesange möchte ich überhaupt abraten, damit der Kunst ie Natur nicht verloren gehe. Von hochgespannten Erwartungen ist also on vornherein abzusehen. Am besten ist diese Frage gelöst, wenn die Einrichtung getroffen wird, daß sich Kranke und Pfleger zu gemeinsamer Übung zusammenfinden unter Leitung eines Sangeskundigen, in der Regel eines Anstaltslehrers.

Im Sinne obiger Ausführungen wirken die meisten Heilanstalten, um der heranwachsenden Jugend mit alledem zu dienen, das sie stark macht an Leib und Seele. Es liegt in ihrem Wesen begründet, daß die körperliche Gesundheit hoch gewertet wird, aber letztes Ziel der Jugendpflege ist auch hier: sittliche Hebung des Individuums, dessen wahres Glück in der Freimachung seiner höheren geistigen und sittlichen Kräfte beruht.

Die Wege, auf denen diesem Ziele zugestrebt wird, sind verschieden. Es wird geturnt, gesungen, gewandert, gelesen, Lichtbildervorträge werden gehalten, vaterländische und örtliche Gedenktage gefeiert, Tierschutz und Blumenpflege geübt. Und zwar wird das alles nicht einseitig betrieben, sondern in harmonischer Verbindung, damit vor allem ein schablonenhaftes Vorgehen vermieden werde, welches der freiwilligen Jugendpflege nicht wohl anstehen würde. So allein ist der freien Entwicklung der Kräfte der gebührende Raum gegeben, wie außerdem die Teilnahme der Jugendlichen keineswegs auf Zwang beruhen darf, sondern einzig und allein auf freiem Willen. Nur so wird Form und Betrieb dem Wesen der Jugendpflege entsprochen, deren Bestrebungen völlig freiwilliger Art sind, die freiwilligem Vorgehen ihre Gründung, freiwilliger Art ihren Erfolg verdanken.

Der Altersgrenze der Teilnehmer ist in den Anstalten ein größerer Spielraum gegeben. An allen zunächst für die Jugendlichen berechneten Veranstaltungen können sich je nach ihrer Art auch ältere Insassen beteiligen. Vor allem wird die Beteiligung eine allgemeine sein bei



festlichen Veranstaltungen und bei Lichtbilder- oder kinematographischen Vorführungen, während Turnen und Bewegungsspiel mehr der eigentlichen Jugend vorbehalten bleibt. Es sei auch darauf hingewiesen, daß die Anstaltsjugendpflege beide Geschlechter umfaßt.

Im Wesen der Anstalt ist es auch begründet, daß die Oberleitung der Jugendpflege in den Händen der Direktion bleibt. Deren Aufgabe ist es, eine Persönlichkeit mit der Ausführung zu betrauen, die Gewähr bietet für die rechte Auffassung des Problems der Jugendpflege und für das rechte Verständnis der jugendlichen Psyche der seelisch Schwachen. Um Helfer wird man nicht verlegen sein. Unter den Pflegerinnen und Pflegern werden sich leicht solche ausfindig machen lassen, denen eine besondere Begabung für diese Sache geschenkt ist, und bei denen es nicht schwerhält, durch Anleitung brauchbare Hilfskräfte heranzuziehen. Zudem könnte der Aufgabenkreis der bestehenden Kurse für das Pflegepersonal in den Heilanstalten recht gut eine Ausgestaltung nach dieser Seite hin erfahren. Was für den Leiter gilt, ist auch für die Helfer zutreffend: wer kein Verständnis für die Anstaltszöglinge hat und sich nicht mit ganzer Teilnahme in Freud und Leid derselben versetzen kann, der bleibe der Jugendpflege fern; denn er wird nur verkümmern lassen, was er entwickeln helfen, was er pflegen sollte. Daß weiter ein einmütiges Zusammenarbeiten von Jugendpfleger und Arzt dem Gedeihen der Jugendpflege nur förderlich sein kann, ist selbstverständlich. So richte jeder der Berufenen seinen Blick auf das Ganze, und auch dieses Werk der Jugendpflege wird Erfolge zeitigen zum Wohle der Anstalten und ihrer Schutzbefohlenen.



Über die Notwendigkeit psychiatrischer Fortbildungskurse für Kreisärzte.

Von

Kreisarzt Medizinalrat Dr. **Kluge**, Wolmirstedt.

Unter den in den letzten Jahrzehnten auf fast allen Gebieten der ıedizinischen Wissenschaft und speziell in der Krankenbehandlung emachten Fortschritten sind die der Psychiatrie mit die bedeutendten. Dieselben erstrecken sich sowohl auf die Erkenntnis der Urachen und der Entstehung der Geisteskrankheiten als auch, zum Teil venigstens, auf die Festlegung pathologisch-anatomischer Befunde, erner auf die Deutung der klinischen Erscheinungen und endlich, vas für unsere Mitmenschen die Hauptsache ist, auf die Behandlung.

Für die Fortschritte in der Behandlung Geisteskranker bieten unsere nodernen Heil- und Pflegeanstalten den sichtbaren Beweis. Wer die Abteilungen für Geisteskranke in der Charité zu Berlin noch gekannt hat, wer die mehr Gefängnissen als Krankenhäusern gleichenden alten Anstalten noch selbst gesehen und nun die jetzigen modernen Heil- und Pflegeanstalten kennen gelernt hat, kann allein daraus einen Maßstab für die gewaltigen Fortschritte in der Behandlung der Kranksinnigen gewinnen: früher absoluter Abschluß der Kranken von der Außenwelt ohne Rücksicht auf die Umgebung des unglücklichen Kranken, jetzt Aufenthalt in behaglichen Wohnräumen mit Gewährung freier Bewegung, so weit dieselbe nur irgend zulässig erscheint.

Bei solchen Fortschritten, die ja auch dem Laien nicht unbekannt geblieben sind, nimmt es nicht Wunder, wenn die frühere Abneigung von Angehörigen Geisteskranker, diese in einer geschlossenen Anstalt unterzubringen, fast in das Gegenteil umgeschlagen ist. Die Anstalten sind überall trotz ihrer in den letzten Jahrzehnten außerordentlich starken Vermehrung überfüllt; nicht etwa dadurch, daß die Zahl der Geisteskranken an sich so beträchtlich zugenommen hätte, sondern in der Hauptsache dadurch, daß infolge der modernen Behandlung die Scheu der Menschen vor der Unterbringung geisteskranker Angehöriger in die Anstalten geschwunden ist.

Diese Überfüllung der Anstalten hat nun in jüngster Zeit den



Chef der Provinzialverwaltung der Provinz Sachsen zu einer Verfügung veranlaßt, der zufolge die Aufnahmen Geisteskranker in die öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten der Provinz nach Möglichkeit einzuschränken, jedenfalls auf die Fälle zu beschränken sind, deren Überweisung in Anstalten entweder aus Gründen der allgemeinen Sicherheit oder aus der Notwendigkeit des Schutzes für den Kranken selbst unbedingt erforderlich ist. In dem Erlaß ist besonders betont, daß, wenn eine solche Beschränkung der Aufnahmen jetzt nicht einträte, in der Provinz etwa alle 4 Jahre eine neue Anstalt erbaut werden müßte.

Eine Folge dieses Erlasses wird naturgemäß sein, daß sich die zurzeit nicht übermäßig große Zahl von in der eigenen oder in einer fremden Familie untergebrachten Geisteskranken, Idioten und Epileptischen stark vermehren wird. Für den öffentlichen Gesundheitsbeamten des Kreises, den Kreisarzt, bedeutet dieses Verbleiben einer nicht unbeträchtlichen Anzahl von Geisteskranken, Epileptikern und Idioten außerhalb der Anstalten eine wesentliche Vergrößerung seines an sich schon nicht geringen Fürsorgegebiets. Nach dem Abschnitt XXIX §§ 104 und 105 der Dienstanweisung liegt dem Kreisarzt die Mitwirkung bei der Aufnahme dieser Kranken in Anstalten und die Beaufsichtigung der in Familienpflege untergebrachten Kranken ob. Daß die Zahl der in der eigenen Familie verbleibenden, bzw. in anderen Familien zur Pflege untergebrachten Kranksinnigen unter der Einwirkung des oben besprochenen Erlasses zunehmen wird, unterliegt keinem Zweifel. Schon dadurch wird dem Kreisarzt wegen der mehr Zeit in Anspruch nehmenden Beaufsichtigung auch Mehrarbeit erwachsen; es wird sich aber ferner als unumgänglich notwendig erweisen, daß die Beaufsichtigung eine viel häufigere und intensivere als bisher werden muß. Denn von jetzt ab werden nicht nur, wie bisher, harmlose Idioten, Epileptiker oder unschädliche chronische Geisteskranke anderer Art in den Familien bleiben, sondern auch eine Anzahl von Kranken, die für gewöhnlich nicht unbedingt einer längeren Anstaltsbehandlung bedürftig sind, deren Krankheit aber doch häufiger in Erscheinungen übergeht, welche ärztliche bzw. sogar fachärztliche Überwachung erfordern. Letztere ist notwendig, um eine Überführung in eine Anstalt gegebenen Falles rechtzeitig zu veranlassen. Den bisherigen Imbezillen bzw. Idioten, Epileptischen usw. in den Familien werden sich jetzt häufiger Geisteskranke zugesellen, deren Zustände wechselnd sind, deren Krankheit in Intervallen verläuft, also besonders auch solche, bei denen depressive Stimmungen oder manische Erregungen mit anscheinend fast normalen Stimmungen abwechseln, ferner chronische Paranoiker, die monatelang für die Umgebung harmlos, dann aber wieder, je nach der Art ihrer Wahnideen, für die Umgebung sehr lästig oder gemeingefährlich werden können. Alle diese



Kranken wird der Kreisarzt unter seine Aufsicht nehmen, wird sie von Zeit zu Zeit sehen müssen; er wird die Angehörigen oder die Pfleger darüber aufzuklären und zu belehren haben, welche Erscheinungen sie veranlassen müssen; sich möglichst schnell sachverständigen ärztlichen Rat zu erbitten. Der praktische Arzt gibt sich im allgemeinen aus naheliegenden Gründen nicht gern mit derartiger ärztlicher Tätigkeit ab, und eine Überweisung solcher Geisteskranken in allgemeine Krankenhäuser ist nur in seltenen Ausnahmefällen möglich.

Durch die infolge des Erlasses wenigstens zunächst in der Provinz Sachsen erschwerte Überweisung Kranksinniger in die öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten wird sich also wahrscheinlich eine Art von Familienpflege einbürgern, die selbstverständlich nicht den Anforderungen entsprechen kann, welche der Psychiater an die jetzt seit 20 bis 30 Jahren inaugurierte Familienpflege stellt und stellen muß. Was bei einer solchen Krankenpflege verlangt werden muß, zeigen in musterhafter Weise die Einrichtungen, wie sie in den Dörfern in der unmittelbaren Nähe der Anstalt Uchtspringe und in Gardelegen und Jerichow getroffen sind. Aufgabe des Kreisarztes wird es aber sein, soweit ihm das bei seiner weitverzweigten und mannigfaltigen Tätigkeit möglich sein wird, hier nach Kräften Zustände herbeizuführen oder wenigstens anzustreben, die den billigen Bedürfnissen der unglücklichen Kranken auf der einen Seite und auch denen der Umgebung auf der anderen Seite gerecht werden, und die einer geordneten Familienpflege wie in den obengenannten Orten wenigstens nahe zu kommen versuchen müssen. Neben einer gewissen organisatorischen Tätigkeit wird der Kreisarzt dazu vor allen Dingen einer steten Auffrischung seiner psychiatrischen Kennntisse bedürfen. Dazu muß er möglichst in stetem Konnex sowie in regem Verkehr und Gedankenaustausch mit Psychiatern bleiben. Die an sich vortrefflichen Fortbildungskurse für Medizinalbeamte in Berlin reichen zu diesem Zweck nicht aus. Abgesehen davon, daß die Mehrzahl der Kreisärzte nur alle 6 bis 8 Jahre zu einem solchen Kursus herangezogen werden kann, ist das dort Gebotene derartig mannigfaltig, daß die Zeit für besonders eingehende psychiatrische Studien nicht ausreicht, um das wissenswerte Neue auf dem Gebiete der Psychiatrie kennen zu lernen und das frühere Wissen wieder zu befestigen.

Es ist dringend zu wünschen, daß wieder besondere, nur der Fortbildung in der Psychiatrie dienende Kurse speziell für Medizinalbeamte eingerichtet werden, wie sie schon vor etwa 15 bis 20 Jahren in Halle und Marburg stattfanden; allerdings vielleicht in etwas anderer Weise. Die seit etwa 10 Jahren von dem Direktor der Uchtspringer Anstalt, Herrn Professor Dr. *Alt*, wiederholt abgehaltenen Kurse haben allenthalben bei den Ärzten Anklang gefunden und waren in besonderem Maße geeignet, die speziell auch dem Kreisarzt notwendigen psychiatrischen Kenntnisse neu einzuprägen bezw. aufzufrischen. Es ist dazu



neben den Vorträgen und Vorstellungen von Kranken die Teilnahme an den ärztlichen Visiten erforderlich, es ist unbedingt nötig, aus eigener Anschauung den Betrieb in den Familienpflegen genau kennen zu lernen. Eine dreiwöchige, im Notfalle auch zweiwöchige Dauer eines solchen Kursus, in dem eben nur Psychiatrie getrieben wird, kann diesen Zweck erfüllen. Zugleich wird in diesen Kursen sich stets Gelegenheit bieten zu eingehenden Besprechungen über psychiatrische Sachverständigentätigkeit, wie sie der Kreisarzt als Gerichtsarzt seines Kreises häufig ausüben muß.

Die Begutachtung Geisteskranker in bezug auf die Beurteilung der Zurechnungsfähigkeit nach § 51 des Str.-G.-B. und in bezug auf die Notwendigkeit von Entmündigungen nach § 6 des B.G.B., die doch recht oft mit zu den schwierigsten psychiatrischen Problemen gehört, kann nicht oft genug besprochen und an geeigneten Fällen geübt werden. Den Gerichten, namentlich den Amtsgerichten, stehen nicht jederzeit Psychiater zur Verfügung zu sachverständigen Begutachtungen, sei es in Straf- oder in Zivilsachen. Hier wird der Kreisarzt — er mag wollen oder nicht — herangezogen werden. Klarheit und Sicherheit der sachverständigen Beurteilung ist aber gerade in der gerichtlichen Psychiatrie unentbehrlich für den Richter, der sein Urteil meist allein auf das Urteil der Sachverständigen gründen muß.

Mit großem Dank gedenkt eine größere Anzahl von Ärzten und speziell von Kreisärzten der Anregungen, die sie in der Uchtspringer Anstalt von dem Leiter derselben in den wissenschaftlichen Zusammenkünften auf psychiatrischem Gebiet vor Jahren erhalten haben; es waren unvergeßliche Stunden, die durch den daraus hervorgegangenen kollegialen Verkehr noch ihren besonderen Reiz erhielten. Die dann sich später an diese Zusammenkünfte anschließenden, bereits oben erwähnten Kurse boten die Erneuerung und Auffrischung der psychiatrischen Kenntnisse gewissermaßen in einem Guß.

Die jetzt durch den erwähnten Erlaß des Herrn Landeshauptmanns an die Kreisärzte sicher herantretende Forderung einer besonders intensiven Fürsorge für diejenigen Geisteskranken, die nicht in geschlossenen Anstalten Aufnahme finden können, läßt das Bedürfnis nach psychiatrischen Kursen in der Form, wie sie eine Anzahl der Kreisärzte in der Uchtspringer Anstalt schon genießen konnte, in verstärktem Maße wieder hervortreten. Dem Leiter der Uchtspringer Kurse wissen alle die, welche an ihnen teilnehmen durften, für alles das, was er als Psychiater und als Kollege den Kollegen geboten hat, unvergeßlichen Dank.



Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

14. Jahresversammlung des Vereins Norddeutscher Psychiater und Neurologen in Lübeck am 9. Mai 1914.

Anwesend sind die Herren: *Abraham*-Schleswig, *Bartsch*-Lüneburg, *Benning*-Bremen-Rockwinckel, *Berndt*-Hamburg, *Biss*-Lübeck, *Böttiger*-, Hamburg, *Brennecke*-Hamburg, *Brückner*-Langenhorn, *Cimbal*-Altona, *Dabelstein*-Neustadt i. H., *Delbrück*-Bremen-Ellen, *Dietz*-Hamburg, *Dockhorn*-Lübeck, *Doctorowitsch*-Bremen-Ellen, *Draeseke*-Hamburg, *Enge*-Lübeck, *von Grabe*-Hamburg, *Hassin*-Amerika, *Hoffmann*-Lübeck, *Holzmann*-Hamburg, *Jacob*-Hamburg, *Jacobsthal*-Hamburg, *Jenz*-Schwerin, *Kafka*-Hamburg, *Kirchhoff*-Schleswig, *Klapper*-Kiel, *König*-Kiel, *Krömer*-Schleswig, *Lehne*-Rinteln, *Lienau*-Hamburg, *Lua*-Hamburg, *Matusch*-Sachsenberg, *Metz*-Neustadt i. H., *Meyersohn*-Schwerin, *de la Motte*-Bremen-Ellen, *Nonne*-Hamburg, *Riedel*-Lübeck, *Ritterhaus*-Hamburg, *Runge*-Kiel, *Sänger*-Hamburg, *Starke*-Strelitz-Alt, *Steyerthal*-Kleinen, *Stern*-Kiel, *Storch*-Hamburg, *Straub*-Neustadt i. H., *Strakerjahn*-Lübeck, *von Schubert*-Altona, *Schultze*-Schleswig, *Thoemmes*-Lübeck, *Troemner*-Hamburg, *Urban*-Hamburg, *Wattenberg*-Lübeck, *Walter*-Neustadt i. H., *Walter*-Rostock, *Weygandt*-Hamburg, *Wilhelmi*-Schwerin.

I. Sitzung

vormittags 9 Uhr im Festsaal der Heilanstalt Strecknitz.

Herr *Cimbal* eröffnet die Sitzung. Herr Medizinalrat Physikus Dr. *Riedel* begrüßt die Anwesenden namens des Lübecker Medizinalkollegiums, Herr Dr. *Wattenberg* namens der Vorsteherschaft der Heilanstalt. Zum Vorsitzenden wird Herr *Wattenberg*-Lübeck, zu Schriftführern die Herren *Enge*-Lübeck und *Biss*-Lübeck gewählt.

Als Ort der nächstjährigen Versammlung wird Rostock bestimmt. Sodann wird über die Reihenfolge der Vorträge beschlossen.

Vorträge:

Herr *Runge*-Kiel demonstriert zwei Brüder mit einer sehr seltenen familiären Trophoneurose der unteren Extremitäten (vgl.



Münchener medizinische Wochenschrift 1914, Nr. 2) und berichtet über zwei weitere neu untersuchte Mitglieder derselben Familie sowie einen von Professor *Göbell* in Kiel untersuchten Fall.

Bei den beiden Brüdern Wilhelm W. (49 J.) und Hinrich W. (54 J.) entwickelten sich einmal im 19., einmal im 41. Lebensjahre unter Blasenbildung Geschwüre an den Großzehenballen, nachdem bei dem einen seit dem 10. Lebensjahre, bei dem anderen seit der Militärzeit Schmerzen, Reißen, Kribbeln in den Zehen und Füßen aufgetreten waren und sich die Zehennägel öfter unter Schwarzwerden abgestoßen hatten. Die Geschwüre kehrten immer wieder, bei dem jüngeren Bruder stießen sich am linken Fuß Knochenteile ab, so daß schließlich Fußwurzeln und Mittelfußknochen fehlten und im Mai 1913 bei der Aufnahme ins Anscharhaus in Kiel der linke Unterschenkel stark geschwollen und gerötet war, an der Fußsohle ein fünfmarkstückgroßes Geschwür, dessen Grund von dem abgeschliffenen Ende der Tibia gebildet wurde, bestand und von Professor *Göbell* die Amputatio Femoris osteoplastica nach *Gritti* vorgenommen werden mußte. Im amputierten Unterschenkel konnten keine Lepra- oder Tuberkelbazillen, keine Spirochäten nachgewiesen werden. Dem älteren Bruder mußte im April 1913 die linke große Zehe amputiert werden, später bestanden Geschwüre an der Fußsohle. Die neurologische Untersuchung ergab nur Hypästhesie, Hypalgesie, sowie teilweise Thermhypästhesie an den Zehen, teilweise auch an den Füßen selbst, in dem einen Fall Fehlen des rechten Achillesreflexes, sowie hier leichte Atrophie des ganzen rechten Beines, die immer bestanden haben soll. Die Lumbalpunktion ergab in einem Fall nichts Besonderes, die Wassermannsche Reaktion im Blut war bei beiden negativ (anfangs zweifelhaft). Im Urin hatte der eine Bruder anfangs Spuren von Eiweiß, später nicht mehr. Fußpulse gut zu fühlen, rechts gleich links.

Ein Vetter dieser beiden Brüder, Johannes W. (50 J.), ist neu untersucht: In der Militärzeit Blasen- und Geschwürbildung an der linken Großzehe, damals Amputation der Großzehe. Weitere Geschwüre an den Zehen und Fußsohlen, Knochenteile stießen sich häufig ab. Ist noch arbeitsfähig.

Befund: Beide Füße stark verkürzt und verbreitert. An den meisten Zehen, welche nur lose Weichteilstummel bilden, fehlen die Phalangen. Mittelfußknochen beiderseits nur teilweise erhalten. An der rechten Fußsohle verschiedene Narben, ebenso an der linken, hier aber in der Mitte des Mittelfußes tiefes Geschwür. Haut der Sohlen stark verdickt. Achillesreflexe fehlen beiderseits. Keine Atrophien, mangelhaftes Lokalisationsvermögen im unteren Drittel beider Unterschenkel, an Füßen und Zehen, besonders an Fußsohlen, Schmerzempfindung leidlich, Temperaturempfindung an Sohle und Zehen herabgesetzt. Wassermannsche Reaktion im Blut negativ.

Die beiden Söhne des Wilhelm W., Christian W. (Schneider,



22 J.) und August W. (Kellner, 21 J.) klagen seit Jahren über Schmerzen und Reißen in den Füßen und Zehen besonders nach Anstrengungen. Bei beiden zeigten sich ähnliche Sensibilitätsstörungen an den Zehen und Fußsohlen wie bei den anderen Patienten. Bei beiden Caput obstipum, Reste überstandener Rachitis. Bei August W. im r. Großzehen im Interphalangealgelenk leichtes Krepitieren. Die Wassermannsche Reaktion war bei ihm im Blut negativ. Bei sämtlichen fünf Patienten waren niemals Blasen- oder Mastdarmstörungen aufgetreten. Bei vier fehlten sichere Anzeichen einer Spina bifida occulta (Christian W. ist nicht näher darauf untersucht), die Röntgenaufnahme der Lendenwirbelsäule und des Os sacrum der beiden Brüder Wilhelm und Heinrich W. ergab ebenfalls keine Anhaltpunkte dafür. Der übrige neurologische Befund war völlig negativ.

Die Röntgenaufnahmen der Füße (Professor *Göbell*), die demonstriert werden, zeigten bei den beiden älteren Brüdern ostarthritische Prozesse, deutliche Knochenwucherungen in der Umgebung der Gelenke sowie auch Knochenatrophien. Bei August W. waren Knochenveränderungen am rechten Interphalangealgelenk der großen Zehe angedeutet, bei Christian W. fehlten deutliche Veränderungen. Bei Johann W. konnten bisher Röntgenaufnahmen nicht gemacht werden.

Der Stammbaum der Familie W., der demonstriert wird, zeigt bisher 12 Fälle derselben Trophoneurose der unteren Extremitäten. Großvater und Großmutter väterlicherseits der Patienten Wilhelm und Heinrich W. waren völlig gesund, starben hochbetagt; die Erkrankungen begannen bei dem Vater der Patienten und dessen Brüdern. Auffallend ist, daß nur männliche Personen erkrankten, daß die Krankheit auch nicht durch weibliche Personen weiter übertragen wurde, daß in den beiden Linien, die frei von der Erkrankung blieben, nämlich der des älteren Onkels und der der einzigen Tante väterlicherseits der Gebrüder W. andersartige eigentümliche Erkrankungen unbekannter Art vorgekommen sind: einmal Verkrüppelung der Beine von Geburt an bei einem Mann mit auffallendem Maltalent, einmal Erblindung bei einem Mann, der auch an „Zuckungen“ des Kopfes leiden soll.

Im ganzen sind sechs Mitglieder der Familie an der Erkrankung gestorben.

Die Diagnose ist sehr schwer zu stellen. Vortragender glaubt Lepra, *Raynaud*sche Krankheit, die gewöhnlichen Formen von Syringomyelie sowie Lues und Spina bifida occulta, bei der fast genau dieselben Störungen beobachtet werden, mit Sicherheit ausschließen zu können.

Er weist auf ähnliche von *Oehlecker* und *Bruns* mitgeteilte Fälle hin, bei denen die Diagnose ungewiß blieb. Es kann sich nur um eine Erkrankung des unteren Rückenmarkabschnittes handeln und zwar, der Lokalisation der Symptome nach, entweder um einen Prozeß etwa in der Höhe des 5. Lumbal- bis 2. Sakralsegmentes, im sogenannten Epikonus,



oder um eine Caudaerkrankung; jedoch ist erstere Lokalisation wahrscheinlicher. Welcher Natur der Prozeß ist, läßt sich bei den mangelnden anatomischen Untersuchungen bisher nicht feststellen, vielleicht handelt es sich um Hydromyelie oder eine eigentümliche Form des *Morvan*schen Typus der Syringomyelie.

Diskussion. — Herr *Trömner*-Hamburg stellt noch — auf Grund eines mit *Zenckel* beobachteten Falles — die ebenfalls auf kongenitaler Anlage erwachsenden Zysten resp. Dermoidzysten in Frage, bei denen ebenfalls trophische Störungen im lumbo-sakralen Wurzelgebiet dominieren können.

Herr *Draeseke*-Hamburg fragt an der Hand der Tafel über die Abstammungsverhältnisse der betreffenden Familie an, ob keine Kinder klein verstorben sind. Es ließen sich dort vielleicht aus Bildungsanomalien usw. noch weitere wichtige Schlüsse ziehen.

Herr *Runge*-Kiel (Schlußwort) erwiedert Herrn *Draeseke*, daß Nachforschungen nach den Erkrankungen und Todesfällen der jüngsten Mitglieder der Familie W. ganz besonders sorgfältig angestellt sind, daß sich aber nichts Besonderes in dieser Beziehung ergeben habe.

Herr *Sänger*-Hamburg demonstrierte ein 16 jähriges Mädchen, das an einer rezidivierenden Okulomotoriuslähmung leidet. Die Lähmung trat vor mehr als 10 Jahren nach einer mit Kopfschmerzen und Erbrechen verbundenen Erkrankung erstmalig auf, verschwand dann wieder und kehrte dann in immer größer werdenden Zeitabständen unter den gleichen Begleiterscheinungen wieder. Der Fall ist klinisch und auch serologisch genau untersucht, ohne daß sich bestimmte Anhaltpunkte in ätiologischer Beziehung ergeben haben.

Diskussion. — Herr *Walter*-Rostock: Der Herr Vortragende hat angegeben, daß die Liquoruntersuchung der Patientin einen normalen Befund ergeben habe und dabei einen Zellbefund von 18/3 im cmm Liquor registriert. Nach meinen eigenen Erfahrungen muß ich diese Lymphozytenzahl aber bereits als pathologisch ansehen, da ich bei völlig intaktem Nervensystem fast nie mehr als eine Zelle pro cmm fand. Es ist besonders von französischer Seite schon seit längerer Zeit darauf hingewiesen, daß die gewöhnlich in den Lehrbüchern angegebenen Zahlen, wonach 5—8 Zellen pro cmm Liquor noch als normal anzusehen sind, wesentlich zu hoch gegriffen sind. Erst kürzlich ist übrigens in einer deutschen Arbeit sogar 0,5 Zellen pro cmm als Normalzahl angegeben.

Herr *Kafka*-Hamburg: Die Zahl von 6 im cmm, die allein ja nichts besagt, ist immerhin auffällig. *K.* fragt daher, ob die Goldsolreaktion der Spinalflüssigkeit oder die intrakutane Luetinreaktion vorgenommen ist.

Herr *Sänger*-Hamburg erwidert Herrn *Kafka*, daß auch Goldsolreaktion und Luetinreaktion vorgenommen seien mit negativem Ergebnis.



Herr *Nonne*-Hamburg erklärt, daß nach seiner Erfahrung 6/3—8/3 ·llen im Liquor spinalis noch als im Bereich der Norm liegend betrachtet ·rden müssen. Er hat durchaus nicht selten diese Zellzahl bei Gesunden ıd bei von syphilogenen Nervenkrankheiten definitiv ausgeheilt ge- ·esenen Individuen angetroffen. *N*. glaubt, daß die alte Annahme, 10/3 ·llen im cmm als die obere Grenze der Norm anzusehen, im wesentlichen as Richtige trifft.

Herr *Holzmann* Hamburg hält gleichfalls die Zahl 6 im cmm für ı hoch für normalen Liquor, auch *Rehm* gebe an, daß er 5 Zellen fast ur im Falle von überstandener Lues gefunden habe.

Da jetzt bekannt ist, daß schon bei primärer und sekundärer Lues echt häufig Lymphozytose auftritt, so müssen in solchen Fällen die ı Zellen als Restsymptome einer meningitischen Affektion angesehen verden können.

Die Franzosen, z. B. *Nikme*, *Nageotte*, geben ½—1½ Zellen im cmm als Norm an und fanden die Zahl durch Untersuchung von Liquoren, die von Lumbalanästhesierungen stammten. Die Franzosen benützen eine Zählkammer, die ganz analog der *Fuchs-Rosenthal*schen die Zahl im cmm angeben läßt.

Herr *Nonne* demonstriert die Präparate eines Falles von angeborenem zystisch entartetem Teratom der Hypophyse mit Besprechung der dabei in Frage kommenden anatomischen, physiologischen und klinischen Möglichkeiten.

Diskussion. — Herr *Weygandt*-Hamburg betont, daß der geschilderte höchst interessante Fall vor der Röntgenuntersuchung noch keineswegs unbedingt als hypophysär aufzufassen war, vielmehr erinnerte er zunächst am meisten an eunuchoiden Längenwuchs. Zwergwuchs auf hypophysärer Grundlage ist selten in der Literatur, nur ganz vereinzelte Fälle von *Benda*, *Hueter*, *Wood* und *Hutchinson* sind bekannt. Der kretinöse Zwergwuchs ist sicher hypothyreoid bedingt, was das Experiment mit thyriektomierten jungen Tieren jederzeit erweisen kann.

Außerordentlich schwer zu erklären ist die vom Vortragenden beobachtete und in der Literatur einige Male zu findende Durchbrechung der Wachstumshemmung in späteren Jahrzehnten.

Herr *Walter*-Rostock: Immer wieder findet man in der Literatur die Anschauung vertreten, daß der Hinterlappen der Hypophyse ein innersekretorisches Organ für sich sei. Nach meinen eigenen Untersuchungen, die sich auf etwa 50 Hypophysen erstrecken, muß ich aber diese Annahme als sehr unwahrscheinlich bezeichnen, da sich in diesem Teile überhaupt keine Elemente finden, denen man eine innersekretorische Funktion zusprechen könnte, worauf bereits *Marburs* hingewiesen hat. Außer dem Bindegewebe, das auffallend kernarm ist, lassen sich dagegen reichliche Nervenfasergeflechte hier nachweisen.



Den experimentellen Untersuchungen mit Extrakt aus dem Hypophysen-Hinterlappen kann ich deshalb keine zwingende Beweiskraft zuerkennen, weil man häufig aus dem Vorderlappen eingewucherte Drüsenläppchen hier findet, abgesehen davon, daß es fast unmöglich ist, den Hinterlappen ohne Zerstörung des Mittellappens loszulösen.

Herr *Jakob*-Hamburg fragt Herrn *Nonne*, wie der Hypophysenstiel beschaffen ist und ob sich noch Reste von Hypophysengewebe mikroskopisch nachweisen ließen. In einem Falle arteriosklerotischer Demenz fand *J.* eine zystisch erweichte Hypophyse mit ganz dünner, größtenteils verkalkter Wandung, im deutlich vergrößerten Türkensattel gelegen. Mikroskopisch zeigte sich, daß der Hypophysenstiel nicht wesentlich verändert und noch kleine Reste vom Vorder- und Hinterlappen in der Zystenwandung nachweisbar waren. Klinisch bestanden keine hypophysären Ausfallsymptome, vielleicht ein Beweis dafür, daß selbst kleine Hypophysenreste genügen zur Aufrechterhaltung ihrer physiologischen Funktionen. Des weiteren erwähnt *J.* einen Fall von Infantilismus mit Bewegungsstörungen und phsychischer Minderentwicklung, wo sich eine Hypoplasie der Aorta und der Genitalien, Verfettung der Leber und ein Adenom in dem Vorderlappen der Hypophyse fand. Ähnliche Erscheinungen an der Aorta, Leber und den Genitalien sah *J.* in einem Fall von intellektueller Minderentwicklung auf der Basis von kongenitaler Lues.

Über Technik und Erfolge der Neosalvarsanbehandlung syphilitischer Nerven- und Geisteskrankheiten sprach Herr *von Schubert*-Altona an Hand der Erfahrungen, welche an der psychiatr. Abt. des Altonaer Stadtkrankenhauses (Oberarzt Dr. *Cimbal*) gemacht wurden, und zwar erstens intravenös, zweitens intralumbal. Bei der intravenösen Behandlung diente eine besondere, von ihm zuerst angegebene (Münch. med. Wchnschr. 1913, Nr. 52) Methodik, welche den Zweck hat, das Medikament in der denkbar schonendsten Weise dem Pat. beizubringen. Die Methode besteht darin, daß man durch Blutentnahme von dem Pat. selbst sich Serum verschafft, hierin das Neosalvarsan auflöst und das Gemisch injiziert. Man begann dabei immer mit einer Dosierung von 0,15 Neosalvarsan, nach einer Woche gab man 0,3, nach einer weiteren Woche 0,45 und diese Dosis weiter alle 7 Tage bis zu zehnmal. Die zur Lösung verwandte Serummenge betrug immer 5 ccm. Technisch hat die Methode sehr befriedigt; es wurden unter 400 Injektionen nur zwei Schüttelfröste und drei Fälle von Erbrechen gesehen, Fieber trat fast nie auf. Auch konnte *Spiethoff* in Jena an andersartigem klinischen Material und im Tierversuch die gute Bekömmlichkeit dieser Methode bestätigen. Die klinischen Erfolge waren bei myelitischen und meningeal-luischen Prozessen sehr gute. Bei Tabes konnte durch rein intravenöse Behandlung in mehreren Fällen eine bedeutende subjektive Besserung erzielt werden. Es gelang, gastrische Krisen zum Ver-



schwinden zu bringen, lanzinierende Schmerzen zu beseitigen und ataktische Symptome zu bessern. — Bei der Paralyse sah man nach jeder einzelnen Injektion in dem augenblicklichen psychischen und körperlichen Befinden eine deutliche momentane Besserung; besonders fiel es oft auf, daß die erregten Formen der Krankheit durch das Mittel geradezu beruhigt wurden. Auf körperlichem Gebiet sah man unverkennbares Ansteigen der Gewichtskurve, eine Hebung des Gesamtbefindens, eine Neigung selbst schwerer Formen von Dekubitus zur Heilung.

Mit endolumbalen Versuchen wurde im Herbst 1913 begonnen, wobei auf die ursprünglichen direkten Versuche von *Wechselmann* und *Marinesco* zurückgegriffen wurde, welche durch die Warnungen des letzteren damals allgemein verlassen waren. Man erklärte sich die Mißerfolge *Marinesco*s in Altona zum Teil durch Nebenwirkungen des von ihm verwendeten Lösungsmittels, worauf vor allem die fast regelmäßigen Temperatursteigerungen bei seinen Kranken hinwiesen. Man verwandte daher in Altona den vom Patienten selbst gewonnenen Liquor als Lösungsmittel und sah damit einen fieberfreien Verlauf. Leider war man aber damals über die Dosierung des Neosalvarsans selbst noch ohne genügende Erfahrung, so daß die Versuche bei der damals angewandten Überdosierung nicht zur Fortsetzung ermunterten und wieder eingestellt wurden.

Erst als *Gennerich* die erträgliche Neosalvarsandosis für die endolumbale Methode empirisch festgestellt und darüber in entgegenkommendster Weise eingehende Mitteilungen gemacht hatte, war es möglich, die Versuche wieder aufzunehmen und eine Reihe von 50 endolumbalen Neosalvarsaninjektionen auszuführen. Man bediente sich dabei unter Anlehnung an *Gennerich*s Technik und unter Verwendung von Patientenliquor als Lösungsmittel folgenden Verfahrens:

Man gewann durch Lumbalpunktion etwa 10 ccm Liquor; dann befestigte man an der Punktionnadel einen etwa 40 cm langen Schlauch durch einen passenden Konus und ließ den Liquor durch Senken des Schlauches in ein am anderen Ende des Schlauches angebrachtes trichterförmiges Glasgefäß eintreten. Von dem zuerst gewonnenen Liquor wurden nun genau 3 ccm abgemessen und in ein Uhrschälchen gebracht, welches trockenes Neosalvarsan in einer Menge von 45 mg enthielt (diese Dosis wurde von den Höchster Farbwerken zu diesem Zwecke hergestellt und befindet sich im Handel). Das Neosalvarsan löst sich sofort im Liquor, und von der Mischung wurden nun mit einer in $^1/_{100}$ ccm geteilten Pipette 0,1 bis 0,2 ccm entnommen und in die in dem Glastrichter aufgestiegene Liquorsäule eingetragen. Durch Erhebung des Glastrichters tritt dann das Gemisch mit Leichtigkeit in den Lumbalkanal (Münchener medizinische Wochenschrift 1914, Nr. 15). Ein Punkt, der dabei sehr wesentlich ist, und auf den *Gennerich* wiederholt hingewiesen hat, ist der, daß eine möglichst große Verdünnung des Medikamentes erreicht wird. Man soll daher in den Glastrichter mindestens 10 ccm, noch lieber 20 ccm oder mehr



Liquor eintreten lassen, ehe man das Neosalvarsan dazu gibt. Die 50 endolumbalen Eingriffe wurden an 27 Patienten vorgenommen. Es waren 16 Paralysen, ein Hirntumor, 5 Tabes und 5 gemischte Formen von Lues. Von den 16 Paralysen konnte bei 4 der drohende ungünstige Verlauf nicht aufgehalten werden. Es kamen ad exitum 2 nach der dritten, 1 nach der zweiten, 1 nach der ersten Punktion. Die Sektion ergab in allen Fällen weit vorgeschrittene Veränderungen an den inneren Organen, welche auch ohne den Eingriff zum Tode geführt haben würden. Diese Fälle zeigten in den letzten Tagen eine eigenartige Blasenstörung, derart, daß die Blase durch Druck von außen leicht entleert werden konnte, von selbst aber keinen Urin entleerte. Man fand anatomisch verschiedene schwere Formen von Zystitis. Von den übrigen 12 Paralysen zeigten 10 eine Besserung in ihrem psychischen und körperlichen Verhalten, nahmen an Gewicht zu und konnten zum Teil sogar nach Hause entlassen werden. Zwei Fälle blieben unbeeinflußt. In zwei der gebesserten Fälle konnte die Wassermannsche Reaktion im Liquor von zweifach positiv auf negativ gebracht werden bei nur zweimaliger therapeutischer Punktion. Zweimal wurden leichte, bald vorübergehende Blasenmastdarmstörungen gesehen. Der Hirntumor blieb unbeeinflußt. Die fünf gemischten Fälle betrafen folgende Krankheitsbilder:

1. Eine luische Paraplegie mit meningealen Reizerscheinungen bei einem jungen Mädchen. Der Liquor war trüb und enthielt große amorphe Fetzen. Eine einmalige therapeutische Punktion brachte in wenigen Tagen bedeutende Besserung. Patientin konnte nach 3 Wochen wieder gehen und verließ schließlich das Krankenhaus geheilt.

2. Ein Fall von luischem Kopfschmerz in der Sekundärperiode mit dreifach positivem Wassermann im Liquor verlor durch einmalige Punktion das Kopfweh und hatte 8 Wochen später (bei fortgesetzter intravenöser Behandlung) einen negativen Wassermann im Liquor.

3. Ein Fall von luischer Polyneuritis wurde durch zwei Punktionen gebessert.

4. Ein Fall von luischer Epilepsie entzog sich der Behandlung.

5. Ein Fall von luischem Kopfschmerz und erheblicher zentraler Hörstörung verlor das Kopfweh nach einmaliger Punktion und lernte wieder besser hören.

Endlich waren fünf Fälle von Tabes zur Behandlung gekommen, die sich besonders günstig verhielten:

1. Ein Fall konnte durch einmalige Punktion von lanzinierenden Schmerzen befreit werden.

2. Ein Fall verlor seine gastrischen Krisen.

3. Ein Fall wurde von quälenden Parästhesien geheilt.

4. Ein Fall entzog sich der Behandlung.



5. Ein Fall von Tabes, welcher seit 17 Jahren lanzinierende Schmerzen gehabt hatte und seit 5 Jahren mit Harnträufeln behaftet war, verlor die lanzinierenden Schmerzen nach den beiden ersten Punktionen fast ganz, die Blasenfunktion besserte sich erheblich. Die dritte Punktion, welche der zweiten zu bald nachfolgte, verdarb dieses Resultat und setzte eine schwere Wurzelneuritis mit Motilitätsstörungen in den Beinen, Wurzelschmerzen, kompleter Blasenlähmung, nachfolgendem Dekubitus.

Dieser Fall zeigt, daß man mit der Reihenfolge der Injektionen sehr vorsichtig sein muß. Man muß kleine Dosen (höchstens 3 mg, eventuell weniger), starke Verdünnung (1 : 3000, besser 1 : 6000) und große Pausen zwischen den Injektionen nehmen, mindestens 3—6 Wochen. Besonders bei dem geschädigten Nervensystem bei Tabes ist ein sehr vorsichtiges Vorgehen am Platze, wie auch *Gennerich* wiederholt betont hat.

Wenn man alle diese Kautelen anwendet, ist zu hoffen, daß man mit den direkten endolumbalen Methoden, deren Wiedereinführung *Gennerich* zu danken ist, Erfolge auch da erzielen wird, wo alle anderen Methoden, selbst das Verfahren von *Smith* und *Ellis*, versagen.

Insbesondere konnte bisher auf keine Weise die Wassermannsche Reaktion im Liquor so leicht beeinflußt werden.

Herr *Weygandt* und *Jacob*-Hamburg: Klinische und experimentelle Erfahrungen bei Salvarsan-Injektionen in das Zentralnervensystem.

1. Herr *Weygandt*: Bei der endolumbalen Salvarsanbehandlung der Paralytiker waren wir bestrebt, uns zunächst genau an die von *Gennerich* demonstrierte Technik zu halten. Um ganz sicher zu gehen, wurden vorher eine Reihe von Tierversuchungen angestellt.

24 männliche und 1 weibliche Paralyse wurden daraufhin behandelt. Hinsichtlich etwaiger Schädigungen ist zu erwähnen, daß bei drei Patienten Erbrechen auftrat. Bei drei bis vier Kopfweh, meist nur für wenige Tage, gelegentlich auch nach wiederholter Injektion. Bei einem Patienten traten zwischen der ersten und zweiten Injektion paralytische Anfälle auf, bei einem anderen zwischen der zweiten und dritten, ein anderer hatte zwei Tage nach der dritten Injektion zwei Anfälle. Einmal wurde nach der ersten Injektion Nackensteifheit beobachtet, die später verschwand. Bei einem traten am Tage nach der Injektion Magenbeschwerden auf. Die Inkontinenz fand nur einmal eine Verschlechterung. Bei einem wurde die Sprachstörung noch deutlicher, auch traten nach der zweiten Injektion fibrilläre Zuckungen auf.

Öfter wurden Temperaturstörungen beobachtet, in der Regel erst am Tage nach der Injektion. Meist freilich ging die Rektaltemperatur nicht viel über 37—37,5. Wohl folgten der ersten Injektion häufiger Temperatursteigerungen als der zweiten, doch kam es auch vor, daß die erste oder die beiden ersten Injektionen kein Fieber hervorriefen,



wohl aber die späteren Injektionen. Selten stieg die Temperatur auf 39, vereinzelt auf 40,5. Gelegentlich wurde längere Zeit nach einer Injektion wieder eine fieberhafte Temperatur beobachtet, so tauchte eine solche noch am 38. Tage auf.

Bei einem Fall, der am 6. Tage nach einer Injektion gestorben war, ergab die Obduktion Bronchopneumonie und Myodegeneratio cordis bei paralytischem Hirnbefund.

Bemerkenswert war, daß in drei Fällen die Wiederholung der Lumbalpunktion schwieriger war, als die erste Punktion, möglicherweise infolge von Verwachsungen, die infolge des Salvarsanreizes auf das Bindegewebe entstanden waren.

An Erfolgen ist einiges zu erwähnen, obwohl aus Vorsicht zunächst nur recht vorgeschrittene Fälle herangezogen waren, die wenig Hoffnung auf Besserung ließen. Dreimal wurde die Sprache besser, einmal die Fazialisparese. Ein Patient erholte sich soweit, daß er wieder im Garten spazieren gehen konnte. Einer wurde als gebessert beurlaubt. Ein anderer erschien weniger gehemmt. Wieder ein anderer konnte sich klarer ausdrücken. Sechsmal trat deutlich eine Beruhigung ein. Zweimal fand sich in zwei bis drei Wochen eine Gewichtszunahme von 4 bis 6 Pfund. Bei einem konnte bald nach der ersten Injektion von der Sondenfütterung Abstand genommen werden. Einer konnte aufstehen und Daten berechnen, was er früher nicht vermocht hatte. Einer erschien nach der ersten Injektion frischer und gesprächiger, während er nach der zweiten hinfälliger wurde.

Es wäre verfrüht, so kleine Schwankungen klinischer Art als beträchtliche Erfolge zu bezeichnen, zumal ja Spontanbesserungen bei Paralyse häufig sind. Allerdings waren es vorgeschrittene hoffnungslose Fälle, so daß es immerhin bemerkenswert ist, daß in 15 von 25 Fällen nach irgend einer Richtung hin eine symptomatische Besserung zu beobachten war.

Bemerkenswerter ist der günstige Einfluß auf die spezifischen Reaktionen. In 6 von 9 Fällen wurde Wassermann-Liquor deutlich besser, zweimal nach der ersten Injektion bereits ganz negativ, einmal nach der zweiten; 8 von 10 Fällen zeigten Besserung der Serumreaktion. Bei einem Pat. wurde die Serumreaktion nach der zweiten Injektion ganz negativ, bei einem andren nahezu völlig negativ. Dabei erfuhr ersterer klinisch eine vorübergehende Verschlechterung des Gesamtbefindens.

Lymphozytose wurde sechsmal geringer, einmal blieb sie gleich, einmal nahm sie nach anfänglicher Besserung wieder zu.

Einmal wurde ein Liquorbefund im Sinne einer *Herxheimer*schen Reaktion festgestellt, doch ohne klinische Symptome.

2. Herr *Jakob*-Hamburg bespricht die klinischen und anatomischen Ergebnisse der mit Herrn Professor *Weygandt* gemeinsam ausgeführten experimentellen Untersuchungen zum Studium der Schädi-



gungsmöglichkeiten des Neosalvarsans bei direkter Einführung in das Zentralnervensystem von Affen. Von einer Lösung von 0,15 Neosalvarsan auf 100 ccm 0,4 % Kochsalzlösung wurden einem Affen 3 ccm, zwei weiteren je 2 ccm intralumbal injiziert nach vorheriger Ablassung der entsprechenden Liquormenge. Von diesen Tieren blieb der Affe mit 3 ccm völlig symptomlos und gesund und wurde nach 13 Tagen getötet mit makroskopisch negativem Sektionsbefund: desgleichen der eine Affe mit 2 ccm, der nach 10 Tagen getötet wurde. Dagegen starb der andere Affe mit 2 ccm in der darauffolgenden Nacht, der Affe mit 1 ccm bekam nach zwei Tagen eine Lähmung aller, besonders der hinteren Extremitäten, die in den nächsten Tagen zunahm; da das Tier allmählich schwächer wurde, wurde es 7 Tage nach der Injektion getötet (makroskopischer Befund negativ). Bei dem Affen mit 0,4 ccm trat nach zwei Tagen Parese und nach drei Tagen der Tod ein; bei dem Affen mit 0,2 ccm erfolgte nach zwei Tagen der Exitus. Mikroskopisch fanden sich bei allen Tieren, auch bei denen ohne klinische Symptome, Veränderungen im Rückenmark, nämlich schwere Endothelwucherungen der Dura mit Entwicklung ganzer Membranen von Fibroblasten, Degenerationserscheinungen in den Randpartien der austretenden Wurzelbündel, Endothelwucherung in den Piagefäßen, seltener mit Blutaustritten, und schließlich auch Degenerationserscheinungen in den Randzonen des Rückenmarks, in den Vorderhornganglienzellen proliferative Vorgänge an den Gliazellen und Gefäßendothelien. Besonders ausgesprochen waren diese Veränderungen im Parenchym des Zentralnervensystems selbst bei den Affen mit 1 ccm intralumbaler Injektion, wo herdförmige Störungen sogar noch in der Medulla oblongata nachweisbar waren. Gewöhnlich waren die Veränderungen im Lumbalmark am deutlichsten.

Zwei Affen wurden von der gleichen Lösung je 2 ccm subdural und intrazerebral injiziert; daß eine dieser Tiere starb nach drei Tagen, das andere bekam am nächsten Tage eine linkseitige Parese und nach zwei Tagen schwere epileptische Anfälle und starb mit zunehmender Schwere der epileptischen Attacken und der Lähmungserscheinungen am sechsten Tage. Bei diesem Tiere finden sich in der Umgebung der Einstichstelle kleine Blutaustritte, in den ganzen Randpartien der vorderen Hälfte des Gehirns ausgedehnte Gefäßendothelwucherungen, Gefäßsprossungen, Gliaproliferationen und Ganglienzellentartungen bei hyperplastischen Vorgängen in der Pia. Im ganzen Gehirn ist eine allgemeine Wucherung der Gliaelemente nachweisbar. Auch im Rückenmark zeigen sich ähnliche Erscheinungen. Bei dem anderen Affen sind entsprechende Veränderungen nur in der Umgebung der Injektionsstelle aufzufinden.

Schließlich wurden noch zwei Affen von einer Lösung von 0,15/300 Neosalvarsan 0,6 ccm subdural und 0,4 ccm intralumbal injiziert; sie boten klinisch nichts, wurden nach 7 resp. 24 Tagen getötet und zeigten histologisch so gut wie keine Veränderungen.



Aus diesen experimentellen Befunden ist zu schließen, daß für das Salvarsan gute Zirkulationsbedingungen im Zentralnervensystem gegeben sind, daß hoch konzentrierte Neosalvarsanlösungen leicht schaden können, daß aber Neosalvarsanlösungen in geringer Konzentration und in kleineren Mengen in das Zentralnervensystem offenbar ohne Schaden eingeführt werden können.

Um 12 Uhr wird die Reihe der Vorträge unterbrochen und eine Besichtigung der Anstalt vorgenommen, nach dem Herr *Wattenberg* einen kurzen Überblick über Anlage, Bau und Einrichtungen derselben gegeben hatte.

II. Sitzung
nachmittags 3 Uhr im Festsaal der Heilanstalt Strecknitz.

Diskussion zu den Vorträgen von *v. Schubert* und *Weygandt-Jakob*.

Herr *Kafka*-Hamburg-Friedrichsberg bespricht an der Hand der Tabelle die Ergebnisse der Blut- und Liquoruntersuchung in einer Reihe der endolumbal mit Salvarsan behandelten Fälle. Er bespricht ausführlich die dabei angeführten Untersuchungsmethoden und hebt als das Bedeutungsvollste hervor, daß vor allem in der Spinalflüssigkeit, aber auch im Blutserum die Wassermannsche Reaktion in einer Reihe von Fällen allmählich negativ geworden ist, ein Faktum, wie man es sonst bei Paralysen nicht sieht. In einigen Fällen war das Verschwinden der Wassermannschen Reaktion auch von einem Besserwerden der anderen Reaktion begleitet, in anderen wieder stand es isoliert da oder zeigten die Eiweißreaktionen Veränderungen im Sinne der Verschlechterung. Gerade diese Erscheinung machte in einem Falle parallel mit einer auffälligen Zellvermehrung den Eindruck einer *Herxheimer*schen Reaktion. Sie ging auch nach der zweiten Injektion wieder zurück. Es scheint, daß die Liquoruntersuchung uns vielleicht Winke dafür wird geben können, in welchen Intervallen die einzelnen Injektionen bei einem Individuum auszuführen sind. Auffällig ist, daß im Blutserum nur die Wassermannsche Reaktion des inaktiven Serums zurückging, daß aber *Stern*s und *Jakobsthal*s Modifikationen stark positiv blieben.

Über die Entstehung des Phänomens kann man sich nur Hypothesen bilden; auch muß abgewartet werden, ob die Veränderung der Wassermannschen Reaktion im Liquor nicht nur ein vorübergehendes Symptom darstellt.

Herr *Runge*-Kiel hält die bisherigen Ergebnisse der endolumbalen Behandlung nicht für sehr ermutigend und die Beobachtungszeit für zu kurz, um endgültige Schlüsse ziehen zu können. Weit bessere Resultate konnte er in der Kieler psychiatrischen und Nervenklinik bei der Paralyse mit der intravenösen Injektion von hohen Dosen von Alt-Sarvarsan erzielen, wie sie *Dreyfus* bei der Tabes anwandte und bisher nur *Räcke* bei der Paralyse mitgeteilt hat. Er hat bisher rund 100 Paralytiker intra-



venös mit Alt-Salvarsan behandelt, darunter etwa die Hälfte mit Dosen von über 1,0 bis 10,0 g Salvarsan. In letzteren Fällen traten in etwa 60 % Remissionen ein, die mindestens zwei Monate anhielten, während bei denen, die mit kleinen Salvarsandosen unter 1,0 % behandelt wurden, sich nur in 14 % Remissionen zeigten. Auffallend war der Unterschied der Einwirkung: Einzelne Fälle verhielten sich absolut refraktär auch gegen große Salvarsandosen, andere reagierten vorzüglich darauf. In 14 % haben die Remissionen bis heute angehalten, darunter in 5 Fällen 1—2 Jahre, 4 Fälle blieben 2—3 Jahre stationär. Sonst traten meist wieder Rückfälle ein. Arbeitsfähig wurden 14 %. Die Zahlen werden sich vermutlich noch bei weiterer Anwendung von höheren Gesamtdosen bessern. Auffallend war, daß die Paralytiker mehrfach bei kleinen Salvarsandosen zunächst mit einer Erregung reagierten, diese dann aber nach Anwendung größerer Dosen wieder zurückging. Eine Erscheinung, die vielleicht als *Herxheimer*sche Reaktion aufzufassen ist. Eine Einwirkung auf das Gehirn muß also angenommen werden, wenn auch vermutlich nur indirekter Art. Gewöhnlich gingen die Besserungen mit einer ganz erheblichen Gewichtzunahme, die bis zu 33 Pfund betragen konnte, Hand in Hand, während eine solche sich in den Fällen, wo das Salvarsan ohne Einfluß blieb, öfter auch nach Verabfolgung von 2—3—4 g nicht zeigte.

Runge empfiehlt in allen Initialfällen der Paralyse Anwendung von Salvarsan in möglichst großen Gesamtdosen von 5—10 g. Da der Einwand oft mit Recht gemacht worden ist, daß sich Besserungen auch ohne jede Behandlung der Paralyse zeigen, hat *R.* zum Vergleich 555 Fälle von nicht mit Salvarsan, sondern gar nicht oder nur mit Jod oder Quecksilber behandelten Paralysen herangezogen. Hier zeigten sich Remissionen nur in 3—9 %, also ein ganz erheblicher Unterschied gegenüber den Resultaten bei der Behandlung mit hohen Salvarsandosen. Vielleicht wäre in den Fällen, wo diese Behandlungsmethoden erfolglos blieb, die endolumbale Methode zu versuchen (siehe auch Deutsche med. Wochenschrift 1914, Nr. 20).

Herr *Holzmann*-Hamburg fragt bei *v. Schubert* an, nach welchen Kriterien er heute im voraus eine Überdosierung des Salvarsans bei der zweiten und dritten Injektion bestimme. Keineswegs könne man ohne weiteres für jeden Patienten die Salvarsanmenge gleich groß wählen. Die individuellen konstitutionellen Verhältnisse seien zu berücksichtigen. Das gehe schon daraus hervor, daß die verschiedenen Autoren die Ausscheidungszeiten des Arsens bei den gleichen Injektionsmengen und der gleichen Applikationsart ganz verschieden gefunden haben. Die Angaben schwanken von 4 Tagen bis zu 9 Monaten. *H.* fand jüngst bei einem Falle von frischer Syphilis 9 Wochen nach der letzten intravenösen Injektion von im ganzen nur 1,1 g Salvarsan, das innerhalb eines Monats intravenös gegeben wurde, noch deutlich Arsen im Blut und spurweise im Liquor



sowohl wie im Harn; dabei war sowohl im Blut wie im Liquor die Wassermannsche Reaktion negativ und der Liquor bis auf eine Lymphozyten-Grenzzahl 4 vollständig normal. Es läge auf der Hand, daß bei einer derartig mangelhaften Arsenausscheidung eine Überdosierung sehr leicht eintreten könne. Im erwähnten Falle sind im Anschluß an ein leichtes psychisches Trauma, während in der Zwischenzeit ein toxisches (Arsen-) Exanthem bestanden hatte, noch nach 9 Wochen enzephalitische Krämpfe zusammen mit Magen- und Darmstörungen aufgetreten. Im übrigen sei, im Gegensatz zu der Auffassung von *Runge*, vor einer zu großen Dosierung des Salvarsans im allgemeinen zu warnen. *Runge* beruft sich auf *Dreyfus*, der allerdings sehr hohe Dosen empfohlen hatte, bis zu 5,4 g. *Dreyfus* sei aber selbst wohl durch unangenehme Zufälle veranlaßt, von diesen hohen Gaben wieder zurückgekommen. Auch *Runge* gebe zu, das recht häufig im Beginn der Salvarsanmedikation eine Reizwirkung der Meningen, die in einer verstärkten Liquorveränderung ihren Ausdruck finde, in die Erscheinung trete.

Nach dem Vorbilde von *Dreyfus* will *Runge* diese meningitischen Reizzustände durch verstärkte Mengen von Salvarsan wieder beseitigen. Aus den Arbeiten von *Dreyfus* geht aber hervor, daß das keineswegs in allen Fällen gelingt. Um so weniger dürfte das gelingen, als *Dr.* die Conditio sine qua non, die er früher selber aufgestellt hat (sehr hohe Dosen), heute selber nicht mehr erfüllt. Das ist wichtig für die Prognose der frühsyphilitischen Erkrankungen. Eine im Anfang mit durch die Salvarsanapplikation hervorgerufene akute meningitische Reizung könne dann eben, wenn sie nicht vollständig beseitigt würde, zu einer subakuten und zu einer chronischen Meningitis führen. Da die Tabes nach den wohl begründeten heutigen Auffassungen als Folgezustand einer chronischen Meningitis aufzufassen sei, so liege die Gefahr einer durch die Salvarsantherapie heraufbeschworenen metaluischen Erkrankung nahe.

Herr *Runge*-Kiel entgegnet *Holzmann*, daß selbstverständlich bei der Anwendung hoher Dosen von Salvarsan sehr individualisierend vorgegangen werden muß, daß insbesondere zu Anfang der Kur eine gewisse Vorsicht obzuwalten hat, um festzustellen, ob etwa eine Idiosynkrasie gegen Salvarsan vorliegt. An schweren Erscheinungen im Verlauf der Behandlung wurden einige Male Arsendermatitiden beobachtet, die aber bei geeigneter Behandlung zurückgingen. In letzterer Zeit ist bei vorsichtiger Anwendung (etwa 0,3—0,4 g etwa alle 6—8 Tage) etwas Derartiges nicht mehr beobachtet worden.

Herr *Kafka*-Hamburg-Friedrichsberg bespricht die Zählung der Zellen der Spinalflüssigkeit. — Bezüglich der Ausscheidung des Salvarsans scheinen ganz besondere, noch nicht gekannte Verhältnisse vorzuliegen, die eingehenden Studiums bedürfen. — Herrn *Runge* möchte *K.* nach den Liquorbefunden in den intravenös behandelten Paralysefällen fragen. Er berichtet, daß auch in Friedrichsberg Versuche im Gange sind, intra-

venös Salvarsan einzuverleiben unter Anwendung von Mitteln, die geeignet sind, die Permeabilität der Meningen zu erhöhen, z. B. von Urotropin.

Herr *Brückner*-Langenhorn hält die endolumbale Salvarsanbehandlung für theoretisch nicht begründet, da es sich bei den sogenannten metaluischen Erkrankungen nicht um örtliche Prozesse, sondern um echt syphilitische Allgemeinerkrankungen handelt, deren Bekämpfung vom Lumbalsack aus keine Vorteile versprechen kann. Die anscheinenden Besserungen sind problematisch und erinnern an die Erfolge *Alt*s im Beginn der Salvarsanperiode, von denen leider sehr bald nichts mehr verlautete.

Praktisch scheint ihm der Eingriff, wenn man sich nicht auf homöopathische Dosen beschränkt, bedenklich. Das lehren in der Literatur bereits niedergelegte Erfahrungen sowie eigene Beobachtungen und nicht zuletzt die von Herrn *Jacob* demonstrierten Präparate.

Herr *Nonne*-Hamburg betont, daß alle Mitteilungen über die Wirkung von Salvarsan bei syphilogenen Nervenkrankheiten, die sich auf eine Beobachtungsdauer von weniger als etwa 2 Jahre beziehen, einen sehr problematischen Wert haben. Wir können erst über die Wirkungsweise des Salvarsans urteilen, wenn etwa 2 Jahre verflossen sind. Die Publikationen sollten in der Weise erfolgen, daß eine größere Anzahl von Fällen systematisch je nach den verschiedenen Salvarsan-Applikationsmethoden behandelt wird und die Fälle dann 1½ bis 2 Jahre unter Kontrolle bleiben. Von der streng nach *Gennerich* durchgeführten Methode sah *N.* mehrere Male bedrohliche Erscheinungen (Kollaps, höheres Fieber Schüttelfrost, Meningismus). Die Methode der Applikation von salvarsanisiertem Blutserum ist offenbar weniger gefährlich.

Nach *N.*s Auffassung stehen wir betreffs der Erfahrungen über den Effekt des Salvarsans bei syphilogenen Nervenkrankheiten erst im Beginn unserer Erfahrung. Die experimentell anatomischen Erfahrungen von Herrn *Jacob* einerseits sowie die von Herren *Cimbal-Schubert* und von Herrn *Weygandt* mitgeteilten Erfahrungen vom Zurückgehen der Wassermannschen Reaktion im Blut und im Liquor andererseits ermahnen uns einerseits von neuem zu Vorsicht und berechtigen andererseits zu einem gewissen therapeutischen Optimismus.

Herr *E. Jacobsthal*-Hamburg: Gewiß ist es merkwürdig, wenn durch so wenig Salvarsan beim Paralytiker die Wassermannsche Reaktion im Blut und Liquor negativ wird, aber es ist nicht, wie Herr *Brückner* meint, unerklärlich. Bestehen doch mancherlei Anhaltpunkte dafür, daß der Wassermannsche Reaktionskörper von den syphilitisch erkrankten Geweben ausgeschieden wird; der von mir zuerst erhobene Befund positiver Reaktion im Liquor bei negativer im Blut spricht ebenfalls dafür. Hier wirkt das Salvarsan direkt auf die erkrankten Gewebe des Rückenmarks und die Lymphozyten, die sich an der Bildung der Reaktionskörper beteiligen, daher treten die Reaktionskörper gar nicht erst in das Blut ein.



Noch eine Kleinigkeit; man liest und hört oft: Zellzählung war wegen Blutbeimengung nicht möglich. Wenn man sich aber die Zahlenverhältnisse klar macht, erkennt man, daß tatsächlich nur sehr selten eine Blutbeimengung die Zellzählung unmöglich machen kann. Auf 1000 rote Blutkörperchen kommen erst $^6/_5$ weiße Blutkörperchen und erst auf etwa 5000 rote Blutkörperchen ein Lymphozyt. Selbst bei beträchtlicher Blutbeimengung in der *Fuchs-Rosenthal*schen Kammer findet man wohl niemals so zahlreiche rote Blutkörperchen. Kommt es jedoch auf ganz genaue Zählung an, so kann man den Liquor noch einmal mit Kochsalzlösung anstatt mit Essigsäurelösung verdünnt auf die Zahl der roten Blutkörperchen auszählen und auf je 5000 davon einen Lymphozyten abrechnen, vorausgesetzt natürlich, daß keine Blutkrankheit besteht.

Herr *Cimbal*-Altona macht auf die technischen Schwierigkeiten bei öfteren intravenösen Injektionen aufmerksam, da dabei häufig narbige Veränderungen — Verwachsungen — entständen, die weitere Injektionen einfach unmöglich machten.

Herr *Runge*-Kiel kann die Erfahrung Herrn Professor *Nonne*s bestätigen, daß die klinischen Besserungen der Paralyse absolut nicht Hand in Hand gehen mit einer Besserung der vier Reaktionen. In den meisten mit Salvarsan behandelten Fällen blieben dieselben trotz der Besserung unverändert, fünfmal zeigte sich völliges Verschwinden der Lymphozyten. In 10 Fällen wurde die Wassermannsche Reaktion im Blut negativ, viermal im Liquor resp. hier insofern schwächer, als sie erst bei höherer Auswertung positiv war als vorher. *Runge* erwiedert Dr. *Cimbal* und Professor *Nonne*, daß sich im Anfang der Behandlung mit hohen Dosen zwar große Schwierigkeiten bei den intravenösen Injektionen insofern zeigten, als die Venen häufig verödeten und dadurch eine Fortsetzung der Kur unmöglich wurde. Mit Hilfe der *Gennerich*schen Spritzmethode, später mit der Methode von *Dreyfus* (intravenöse Einspritzung von konzentriertem Altsalvarsan mittels einer Glasspritze), konnten allerdings nach einiger Übung alle Schwierigkeiten überwunden werden.

Herr *Weygandt* (Schlußwort): Wenn ein Diskussionsredner gemeint hat, es seien bei den Friedrichsberger Untersuchungen vielleicht Mißerfolge verschwiegen worden, so muß eine solche Annahme, die mit den klaren Darlegungen der Vorträge unvereinbar ist, auf das Bestimmteste zurückgewiesen werden. Die Ansicht, als ob die Therapie der syphilidogenen Erkrankungen des Zentralnervensystems heute noch nicht weiter sei, als zur Zeit der Versuche, den Paralytikerschädel mit Brechweinsteinsalbe zu behandeln, ist irrig. Selbst die intravenöse Salvarsanbehandlung der Paralytiker in Friedrichsberg hat wenigstens einige Symptome, wie lanzinierende Schmerzen oder chronische Obstipation, zu bessern vermocht. Auch die hygienischen Maßregeln sind bei Paralyse oft von großem symptomatischen Erfolg begleitet, insbesondere die Dauerbadbehandlung, auf Grund deren nicht nur häufig das Leben um Jahr und Tag verlängert



wird, sondern auch der Eintritt günstiger Remissionen ermöglicht wird, in denen der Kranke noch auf geraume Zeit seinem Beruf nachgehen und seine Familie ernähren kann. Das Problem der Behandlung der Lues cerebri und Paralyse erfordert noch viel ernste, vorsichtige Arbeit, aber zum absprechenden Pessimismus ist kein Anlaß.

Herr *Jacob* (Schlußwort) betont, daß auch bei der endolumbalen Salvarsantherapie individuelle Ausscheidungsverhältnisse eine Rolle zu spielen scheinen, wie aus dem Fehlen klinischer Erscheinungen bei einzelnen Affen mit hohen endolumbalen Salvarsandosen zu schließen ist; er mahnt zu größter Vorsicht, namentlich bei wiederholten endolumbalen Behandlungen und bei strenger Berücksichtigung etwaiger klinischer Erscheinungen von seiten des Lumbosakralmarkes, die uns kleine Läsionen verraten und als Warnungszeichen dienen können. Mit größter Vorsicht, aber doch auch mit einen gewissen Optimismus muß auch dieser therapeutische Weg versucht werden.

Herr *Brückner*-Langenhorn spricht über Arsalyt, ein neues Arsenpräparat, und beschreibt kurz dessen Anwendung. (Vortrag erscheint ausführlich in der Psychiatrisch-neurologischen Wochenschrift.)

Herr *Jacobsthal* und *Saenger*-Hamburg: „Erfahrungen über die Langesche Goldsolreaktion."

Die Vortragenden zeigen an einer Anzahl von Kurven zunächst die typischen Reaktionen. Große Unterschiede zwischen Lues cerebrospinalis, Tabes und Paralyse wurden von ihnen nicht an den Kurven beobachtet. Für Lues I und II fand sich eine sonst niemals beobachtete stärkste Absenkung der Kurve im 3. bis 6. Röhrchen, was im Sinne einer *Herxheimer*schen Reaktion und besonders starker Absonderung des *Lange*schen Reaktionskörpers in den Liquor spricht.

Herr *Kafka*-Hamburg-Friedrichsberg: Beiträge zur Liquordiagnostik und -theorie.

K. empfiehlt, zur diagnostischen und theoretischen Verwertung der Liquorbefunde nicht einzelne Reaktionen anzuwenden, sondern sich des Gesamtbildes verschiedener, auch neuerer Reaktionen zu bedienen. Daß es verfehlt ist, aus einem Parallelismus in extremen Fällen ursächliche Beziehungen zwischen verschiedenen Reaktionen zu stiften und eine durch die andere ersetzen zu wollen, beweist *K.* an der Hand von ausgedehnten Untersuchungen über den Eiweißgehalt der Spinalflüssigkeit. Er hat die schon mit *Rautenberg* veröffentlichten Untersuchungen über die bei niedrigen Ammoniumsulfatkonzentrationen gefällten Liquorglobuline dahin ergänzt, daß er die erhaltenen Niederschläge im *Nißl*-Röhrchen zentrifugierte. Es zeigte sich, daß die Globulinkurve bei der Paralyse anders verläuft als bei der akuten Meningitis, und daß bei gleicher Menge der bei 50 % gefällten Globuline ihre Art in beiden Fällen eine



andere ist, daß also eine gleich positive Phase I in beiden Fällen etwas anderes besagt, und daß daher die Ausführung der Fällung bei 28 und 33 prozentiger Ammoniumsulfatkonzentration mit nachfolgender Zentrifugierung im *Nissl*-Röhrchen praktisch und theoretisch von Wert ist. Auf diese Weise wurde auch übereinstimmend mit *Kronfeld* gefunden, daß das Verhältnis der bei 50 % Ammoniumsulfat gefällten Globuline und Anwendung von 1 ccm Liquor zu dem nach *Nissl* gefällten Gesamteiweiß bei Paralysen durchschnittlich 1 : 1½ ist, ein Faktum, das nicht ohne Bedeutung ist.

Nach Besprechung der Beziehungen der Globulinfraktionen zur Hämolysinreaktion geht *K.* noch auf die Reaktion nach *Pandy* und die Goldsolreaktion ein, gibt an, wie man mit geringer Liquormenge alle notwendigen Reaktionen ausführen kann, und bespricht die Wichtigkeit eines solchen Vorgehens nicht nur für die Diagnostik, sondern auch zur Förderung unserer Erkenntnisse über Liquorveränderungen bei gewissen Erkrankungen sowie über die Natur der Spinalflüssigkeit selbst. (Erscheint ausführlich an anderem Orte.)

Herr *Draeseke*-Hamburg: Zur Kenntnis der Hilfsschulkinder.

Im Oktober 1913 eröffnete Hamburg eine nach neuzeitlichen Anforderungen erbaute und eingerichtete Hilfsschule. Zu dem kleinen Stamm von Schülern der alten Hilfsschule, die ersetzt werden mußte, kamen viele neue Kinder.

Da von den Schülern aber bereits nach ½ Jahr 16 Knaben und 1 Mädchen zu Ostern 1914 entlassen werden mußten, so wurden besonders in Rücksicht auf spätere Anfragen der Militärbehörden und aus eigenem Interesse diese Kinder ganz eingehend nach folgenden Gesichtspunkten von dem Hilfsschulleiter Herrn *Herms* und dem Arzt untersucht. Naturgemäß ergab sich für beide eine Arbeitsteilung, die Ergebnisse aber wurden immer verglichen, nachkontrolliert und gemeinsam ergänzt.

Es wurde von jedem Kinde ärztlicherseits durch wiederholte Hausbesuche und sonstige Erkundigungen eine genaue Familiengeschichte bis zu den beiderseitigen Großeltern reichend erhoben, dann das Kind nach anthropologischen und medizinischen Gesichtspunkten eingehend untersucht und zum Schluß eine genaue Aufnahme des Intelligenzzustandes vorgenommen.

Die Untersuchungsergebnisse einer so eingehenden Aufschließung von Hilfsschulkindern konnten bei dem auf nur 10 Minuten angesetzten Vortrage naturgemäß nur kurz angedeutet werden. Es seien darum nur hier erwähnt: die Familienforschung ergab für diese Kinder fast auf der ganzen Linie ihrer nächsten Verwandten bereits mindere Geistesgaben bei durchschnittlich großem Kinderreichtum. Alkoholismus, Tuberkulose standen nicht als besonders keimschädigend im Vordergrunde; ein gleiches



kann man von der Lues sagen, gegen deren Vorhandensein als schwerkeimschädigendes Moment bis zu einem gewissen Grade ein großer Kinderreichtum spricht. Serologische Untersuchungen sind in der Hilfsschule vorläufig ausgeschlossen.

Von der körperlichen Untersuchung sei neben den vielen Degenerationszeichen und sonstigen Befunden die eigenartige Entwicklung der sekundären Geschlechtsmerkmale erwähnt. Gerade hier kommen vielfache Störungen vor: axillare Behaarung bei gleichzeitigem völligen Fehlen der Schamhaare, Deszensusstörungen und sehr verschiedene Größe der Testes und des Membrum. Die Intelligenzprüfung, die von dem Hilfsschulleiter *Herms* und mir zum Teil gemeinsam vorgenommen wurde, brachte uns erst die Schwierigkeit, ein brauchbares Untersuchungsschema zur Ermittelung des geistigen Besitzstandes festzulegen. Da die in Frage kommenden Kinder vom Hilfsschulleiter ständig gesehen, selbst beobachtet und zum Teil unterrichtet wurden, so entschlossen wir uns, neben der Beachtung eines Teiles der von *Ziehen* gegebenen Gesichtspunkte die intellektuellen Fähigkeiten unserer 17 Hilfsschulkinder an der Hand des *Binet-Simon*schen Schemas zu prüfen, um so in gewissen Umrissen die Kinder gruppieren zu können. Wir machten unter anderen besonders die Beobachtung, daß die *Binet-Simon*sche Methode dem Milieu unserer Hilfsschulkinder oft nicht gerecht wird.

Besonders dürfte noch interessieren, daß diese über 14 Jahre alten Hilfsschulkinder durchaus nicht alle das Ziel der Hilfsschule in deren höchsten Klasse erreichten, nein, sie saßen in verschiedenen Klassen, ein Knabe sogar in der untersten derselben.

Ein weiteres Andeuten der Ergebnisse war bei der Kürze der Zeit einfach unmöglich. Eine ausführliche Publikation der Ergebnisse unserer gemeinsamen Untersuchungen wird später erfolgen.

Herr *Lienau*-Hamburg, Heilanstalt „Eichenhain", spricht über „Grenzfälle bei Gebildeten".

Der Psychiater kommt gelegentlich in die Lage, in guten Familien bei kritischen Familienereignissen zu Rate gezogen zu werden, bei denen es nicht sich nur um Fragen der Gesundung eines einzelnen Familienmitgliedes handelt, sondern um die Ehre, das Ansehen, den Namen der ganzen Familie, bei Ereignissen, wo die „Ehre der Familie" nur gerettet werden kann durch den Nachweis, daß die Verfehlung unter dem Einfluß krankhafter Seelenstörung geschehen und daher nicht zu verurteilen ist. In dem Zeitraum von 13 Jahren sind 16 derartige Fälle in meine Anstalt gekommen, nachdem die Aufnahme in die geschlossene Anstalt vom Hausarzt angeraten war. In keinem Falle lag Strafverfolgung vor; es waren Dinge passiert, die gesellschaftilch „unmöglich" machten und die Karriere bedrohten. Die Anstaltsbeobachtung und -behandlung erschein bei der für die Familie kritischen Situation als ultimum refugium. Die



Verantwortung, welche dadurch der attestierende Arzt und der aufnehmende Anstaltsarzt zu tragen haben, ist natürlich sehr groß, und der Privatanstaltsarzt ist in der Beziehung wohl noch übler dran als der Arzt der Staatsanstalten. Strafgesetz, Haftpflicht und nicht zuletzt das fragende Gewissen, ob auch der Aufenthalt in einer Irrenanstalt einem solchen Menschen schaden könnte, erschweren die Entscheidung. *L.* hat nach dieser Richtung nie Schwierigkeiten gefunden, weil er sich zur Aufnahme nur nach sorgfältigster Prüfung der Persönlichkeiten, mit denen er zu tun hatte, und ihrer Motive entschloß und immer nach kurzer Zeit die Einverständniserklärung des Aufgenommenen verlangte und erreichte. Allerdings erreichte er die Einverständniserklärung mitunter nur mit der Androhung einer zwangweisen Verlegung in die Staatsanstalt.

In einer Gruppe von 7 Fällen — Männer in guter Lebensstellung — waren Alkohol- und Nikotinvergiftung, liederlicher Lebenswandel, Schulden und Verkehr mit minderwertigen Frauenzimmern die Veranlassung zu Zuständen seelischen Zusammenbruchs mit und ohne Selbstmordneigung und zum Teil im Anschluß an unmittelbar vorhergegangene und bekannt gewordene „ehrlose" Verfehlungen. Es waren mehr weniger kritische Situationen, in welchen jedenfalls zur Rettung der Ehre nichts möglich schien als Selbstmord oder — der Psychiater, welcher die krankhafte Grundlage der Verfehlung bescheinigte. Bei drei Patienten ist nach *L.*s Überzeugung der sonst sichere Selbstmord durch die Verbringung in die Anstalt verhütet worden. Für den Anstaltsarzt waren keine Schwierigkeiten vorhanden, da die Patienten nach erfolgter Aussprache mit dem Anstaltsarzt sich als freiwillige Pensionäre mit der Aufnahme einverstanden erklärten. Die Zweckmäßigkeit dieser Aufnahme zu bescheinigen, war natürlich ein Leichtes, weil die Anstaltsruhe den erschöpften Organismen nur gut sein konnte. Die drei Kranken boten das Bild völliger körperlicher und seelischer Erschöpfung. Ein Fall sah fast aus wie ein katatonischer Stupor, einer imponierte mehr als Hysterie, einer als hebephren. Alle drei erholten sich nach Entziehung der schädigenden Gifte bei Bettruhe rasch, zwei bis jetzt dauernd. Der Verlauf zeigte, daß es sich um akute, jedenfalls durch Alkohol und Nikotin veranlaßte Symptomenkomplexe handelte. 4 Fälle moralischer Minderwertigkeit bewegten sich an der Grenze der Schizophrenie, und es ist mir nicht zweifelhaft, daß sich durch weitere Anfälle diese Diagnose bestätigen wird.

In einer zweiten Gruppe von drei Fällen führten „eheliche Szenen" zu schweren Erregungszuständen der Frauen, welche wegen Selbstmordgefahr und in einem Falle wegen Gemeingefährlichkeit die Aufnahme in die Anstalt erheischten; in zwei Fällen von hysterischem Charakter wurde ein gewisser Erfolg erzielt, in einem Falle handelte es sich offenbar um weiblichen Sadismus.

In einer dritten Gruppe von zwei Fällen lagen gemeingefährliche Handlungen gegen die Umgebung vor und drohten sich zu wiederholen;



beide Fälle dürfen der Dementia praecox einzureihen sein, wenngleich schwerere intellektuelle Störungen nicht nachweisbar waren, nur das Verhältnis zwischen Affekt- und Intellektvorgängen gestört schien. Der Altruismus war verdrängt, es herrschte krassester Autismus. In einem Falle wurde ein Mordversuch seitens eines früheren Studenten verhütet, der schon einmal eine Braut erschossen hatte und wieder aus Eifersucht unter gleichen Anzeichen wie früher seine neue Braut bedroht hatte; im anderen Falle erfolgte nach der gegen ärztlichen Rat erfolgten Entlassung der Kranken Mordversuch und Selbstmord. Die Kranke versuchte, ihren Mann zu erschießen, und erschoß sich selbst. Sie fühlte sich nicht genügend geliebt, liebte ihn aber so, daß sie ihn „mit ins Jenseits nehmen, aber keinem anderen gönnen" wollte.

In einer vierten Gruppe handelte es sich um vier junge Mädchen, eines von 22 und drei von 18 Jahren, welche infolge von Liebesabenteuern in Konflikt mit den Eltern gerieten dadurch, daß sie eine ihren Verhältnissen durchaus unangemessene und unkluge Ehe eingehen wollten. In zwei Fällen lag ein Selbstmordversuch bereits vor, in zwei Fällen wurde den Elternim Falle der Nichteinwilligung mit gemeinsamem Selbstmord gedroht; in diesen zwei Fällen handelte es sich um Entführung der 18jährigen Mädchen. In drei Fällen kamen die kindlichen Gemüter hier zu Besinnung, gaben die Liebesgeschichte auf und sind ganz glücklich geworden — eine hat sich später verheiratet, zwei befinden sich in Stellung —, das vierte der derzeit 18 jährigen Kinder gilt seit mehr als 4 Jahren als verschollen. Gemeinsam waren dreien eine starke Beschäftigung mit Philosophie und schwierigen Schriftstellern, Neigung zum Reimen und stark idealphantastische Veranlagung.

Von den skizzierten 16 Fällen sind 9 erblich belastet, darunter 5 weibliche und 4 männliche Kranke, durch väterlichen Alkoholismus 3. Eine schlechte Kinderstube haben durchgemacht insgesamt 4 Kranke, darunter 3 weibliche und 1 männlicher Kranker. Mit überspannter und ungeeigneter Lektüre, welche ihren psychischen Fähigkeiten inadäquat war, haben sich insgesamt 5 Kranke, darunter 3 weibliche und 2 männliche beschäftigt.

Es erhebt sich nun die Frage, ob man berechtigt ist, Leute, welche sittlich und körperlich vollständig abgewirtschaftet haben und in einem Zustand der Erschöpfung sich befinden, zwangsweise in die Anstalt aufzunehmen.

Der von mir gesehene Erfolg bei der ersten Gruppe beweist mir, daß die Verbringung in die Anstalt für die Betreffenden und ihre Familien sicher ein gutes Werk war, und die Einverständniserklärung sowie das Bleiben der Betreffenden, daß auch sie das eingesehen haben. So gut wir einen Ertrinkenden retten werden, auch wenn er uns zuruft aus dem Wasser, daß er nicht gerettet sein, sondern sterben will, so dürfen wir meiner Meinung nach auch Menschen, welche sittlich oder hinsichtlich

des point d'honneur zu ertrinken drohen, gegen ihren Willen zur Behandlung zwingen, wenn ihre Willensenergie durch schädliche Einflüsse geschwächt und ihre ganze Persönlichkeit krank erscheint. Ich für meine Person trage keine Bedenken, in solchen Fällen die Geisteskrankheit zu bescheinigen und die Aufnahme in eine Staatsanstalt zu erzwingen. Privatanstalten halte ich für zweifelhafte Fälle, in denen ein Einverständnis nicht erreicht werden kann, für ungeeignet. Ich bemerke noch, daß ich die genannten Kranken strafrechtlich schwerlich exkulpiert haben würde. Es war mir sehr angenehm, daß ich in keinem Falle um derartige Begutachtung angegangen wurde. Ich stehe allgemein auf dem Standpunkt, daß strafrechtliche Exkulpierung nur beim Vorliegen sittlicher Mängel im Verein mit ausgesprochener intellektueller Störung erfolgen soll, nicht fußen darf allein auf mangelnder Equilibristik der Affekte.

In der zweiten Gruppe von Fällen handelt es sich um Frauen, bei denen die Anstaltsbehandlung eine heilsame Maßregelung darstellt, und wo teilweise der verständige Zuspruch des Arztes, teilweise die Erkenntnis, zu welch traurigem Ende die Fortführung der ehelichen Szenen führen muß, zu Heilfaktoren werden. In 2 von 3 Fällen wird ein dauernder Erfolg zugegeben.

In der dritten Gruppe von Fällen handelt es sich um ausgesprochen Gemeingefährliche, wo die Sache sehr einfach liegt.

In den letzten 4 Fällen potenzierten Affektes soll die Anstalt den Familien die Garantie bieten, daß ihre von nicht standesgemäßen Liebhabern bedrohten Töchter vor weiteren Verfolgungen und vor der Ausführung des Selbstmordes bewahrt bleiben, aus ihrem Liebesrausch zur Ruhe und Besinnung kommen und ihre Entscheidung erst nach ruhiger Sammlung treffen.

Gerade in den letzten Fällen ist mir die psychiatrische Beeinflussung solcher schwer bedrohten und ihrem Unglück mit Sicherheit verfallenen Seelen als eine besonders dankbare, schöne und in 3 von 4 Fällen erfolgreiche Tätigkeit erschienen.

Herr *Walter*-Rostock: Über die normale und pathologische Histologie der Zirbeldrüse.

W. geht zuerst kurz auf den Bau der normalen Zirbeldrüse ein und weist besonders auf die Tatsache hin, daß hier zwei morphologisch und ihrer Entwicklung nach offenbar völlig verschiedene Elemente nachweisbar sind, nämlich:

1. die „epitheloiden" Zellen, die wohl als innersekretorische angesehen werden müssen und vielleicht mit der Genitalentwicklung im Zusammenhang stehen, und

2. Elemente, die durch reichliche Fortsätze mit dicken Endkolben charakterisiert sind, die zweifellos mit einer inneren Sekretion nichts zu tun haben.

Trotz ihrer großen Ähnlichkeit mit Nervenzellen hält *W.* ihren nervösen Charakter nicht für erwiesen, da sie unter pathologischen Verhältnissen eine deutliche Hypertrophie zeigen können, die außer durch die Vermehrung der Fortsätze vor allem auch durch eine Vermehrung des Plasmas des Zelleibes wie besonders der Fortsätze charakterisiert ist. Sie werden deshalb kurz als spezifische Zellen der Epiphyse bezeichnet.

Sodann weist *W.* auf den engen anatomischen Zusammenhang zwischen der Zirbel und der Pia hin: Die Epiphyse ist von einer Kapsel der Pia eingeschlossen, die zahlreiche Septen in das Innere der Drüse schickt, und mit der marklose Nerven und Gefäße eintreten. Während die Nervenfasern an den Zellen der Zirbel mit Endkolben endigen, sind die Piasepten und die Gefäße regelmäßig von dichten Geflechten eingefaßt, die im wesentlichen durch die Fortsätze der beschriebenen „spezifischen“ Zellen gebildet werden.

Durch diese engen anatomischen Verbindungen wird der Gedanke eines funktionellen Zusammenhanges nahegelegt.

Da die Pia und vor allem die von ihr gebildeten Plexus chorioidei für die Liquorsekretion von großer Bedeutung sind, so hat *W.* untersucht, inwiefern primäre Zirbeldrüsenerkrankungen mit Störungen der Liquorproduktion einhergehen, und ob bei ausgesprochenem Hydrocephalus internus Veränderungen in der Epiphyse nachweisbar sind.

In 3 Fällen fand er eine ausgesprochene Hyperplasie der „spezifischen“ Elemente der Zirbel, die alle eine starke Liquorvermehrung aufwiesen; 2 infolge von Kleinhirntumor, 1 wahrscheinlich als Folge einer Herzinsuffizienz.

Unter drei hochgradigen, kongenitalen Hydrozephalien fehlte bei zweien die Epiphyse, bei einer war sie stark atrophisch.

Diese Befunde stimmen mit den Literaturangaben, wonach bei primären Epiphysenerkrankungen regelmäßig ein meist starker Hydrocephalus internus besteht, gut überein.

Alle diese Beobachtungen zusammen haben *W.* zu der Annahme geführt, daß die Zirbeldrüse möglicherweise regulatorisch auf die Liquorsekretion einwirkt, und er bittet deshalb bei Gelegenheit auf derartige Zusammenhänge zu achten, da nur zahlreiche Erfahrungen hier zu einer sicheren Beantwortung der Frage führen können.

Enge-Lübeck.



Kleinere Mitteilungen.

Der diesjährige vom Deutschen Verein für Psychiatrie vorbereitete Fortbildungskurs für Psychiater, der vom 8. bis 28. Oktober in Berlin stattfinden sollte, fällt des Krieges halber aus.

Personalnachrichten.

Dr. *Friedr. Siemens*, Geh. Med.-R., legt die Direktion der Prov.-Anstalt Lauenburg i. P. nicht am 1. Okt. 1914, wie S. 804 dieses Jahrgangs irrtümlich berichtet wurde, sondern im folgenden Jahre nieder. Dagegen tritt

Dr. *Wilh. Sander*, Geh. Med.-R., Dir. der städt. Heilanstalt Dalldorf, am 1. Okt. 1914 von der Leitung der Anstalt zurück.

Dr. *Emil Sioli*, Dir. der städtischen Heilanstalt, wird als ord. Professor,

Dr. *Julius Räcke*, Oberarzt, als ao. Professor die Psychiatrie an der neuen Universität Frankfurt a. M. vertreten.

Dr. *Fr. Wilh. Kortum*, Geh. Sanitätsrat, Oberarzt in Dalldorf, wurde zum Direktor dieser Anstalt,

Dr. *Hugo Liepmann*, Prof., Oberarzt in Dalldorf, zum Direktor der städtischen Anstalt Herzberge,

Dr. *Wilhelm Falkenberg*, San.-R., Oberarzt in Herzberge, zum Direktor der im Bau befindlichen zweiten Irrenanstalt in Buch ernannt.

Dr. *Robert Thomsen*, Prof., Dir. der Dr. Hertzschen Privatanstalt in Bonn u. Mitglied des Med.-Koll. der Rheinprovinz, ist Medizinalrat geworden.

Dr. *Franz Nißl*, o. Prof. in Heidelberg, hat den Titel Geh. Hofrat erhalten.

Dr. *Hubert von Grashey*, Prof., Geheimer Rat und Ministerialrat a. D., Mitredakteur dieser Zeitschrift, ist im 75. Lebensjahr nach längerem Leiden am 24. August gestorben.

Dr. *Karl Heilbronner*, Prof. in Utrecht, ist, 44 Jahre alt, gestorben.

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT

FÜR

PSYCHIATRIE

UND

PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

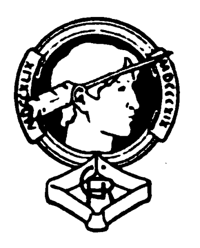
BONHOEFFER BERLIN **KREUSER** WINNENTAL **PELMAN** BONN **SCHÜLE** ILLENAU

DURCH

HANS LAEHR
SCHWEIZERHOF

EINUNDSIEBZIGSTER BAND

I. LITERATURHEFT



BERLIN
W. 10. GENTHINERSTRASSE 38
DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER
1914

BERICHT

ÜBER DIE

PSYCHIATRISCHE LITERATUR

IM JAHRE 1913

REDIGIERT

VON

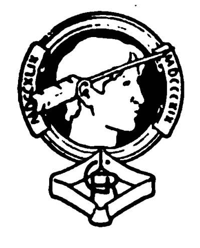
OTTO SNELL

DIREKTOR DER HEIL- U. PFLEGEANSTALT LÜNEBURG

I.

I. LITERATURHEFT

ZUM 71. BANDE
DER ALLGEMEINEN ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE



BERLIN
W. 10. GENTHINERSTRASSE 38
DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER
1914



1. Psychologie und Psychophysik.

Ref.: M. Isserlin-München.

1. *Aall, A.*, Ein neues Gedächtnisgesetz? Ztschr. f. Psychol. Bd. 66, S. 1. (S. 35*.)
2. *Abbot, E. St.* (Waverley, Mass.), Psychologie and the medical school. The americ. journ. of insan. vol. 70, no. 2, p. 447.
3. *Abels*, Seltene Verbrechensmotive. Arch. f. Kriminalanthrop. u. Kriminalistik Bd. 49, H. 1—4, 18 S.
4. *Abraham, K.*, Einige Bemerkungen über die Rolle der Großeltern in der Psychologie der Neurosen. Intern. Ztschr. f. ärztl. Psychoanalyse 1. Jahrg., H. 3, S. 224.
5. *Abramowski, Ed.*, Recherches expérimentales sur la volonté. Journ. de psychol. normale et pathol. no. 6, p. 491.
6. *Abramowski*, Télépathie expérimentale en tant que phénomène cryptomnésique. Journ. de psychol. normale et pathol. no. 9, fasc. 4—5, 13 p.
7. *Ach, N.*, Willensuntersuchungen in ihrer Bedeutung für die Pädagogik. Ztschr. f. pädag. Psychol. u. exp. Pädag. Bd. 14, H. 1, 11 S.
8. *Ackerknecht, Erwin*, Über Umfang und Wert des Begriffes „Gestaltqualität". Ztschr. f. Psychol. Bd. 67, H. 3 u. 4, S. 289. (S. 35*.)
9. *Adams*, Attention Experimental. (3 S.) Psychol. Bull. vol. 10, fasc. 4 u. 5. Physiol. Number. Herausgegeben von *R. P. Angier.*
10. *Adams*, Everybodys World and the Will to Believe. The journ. of Philos., Psychol. and Scientific Methods vol. X, fasc. 5—7.
11. *Adler, Alfred*, Individualpsychologische Erlebnisse bezüglich Schlafstörungen. Fortschr. d. Med. Nr. 34.
12. *Adler, Alfred*, Traum und Traumdeutung. Österr. Ärzte-Ztg. 1913, Nr. 7—8.



13. *Adler, Alfred*, Individualpsychologische Behandlung der Neurosen. Jahreskurse f. ärztl. Fortbildung, Maiheft 1913. München, J. F. Lehmann. (S. 42*.)

14. *Aletrino, A.*, Der Liebesprozeß beim Menschen. Ztschr. f. Psychother. u. med. Psychol. V. Bd., H. 1—2.

15. *Alexander*, Collective Willing and Truth. II. Mind. no. 86, 29 p.

16. *Alford*, The Effect of Position in a memorized Series. The Journ. of Educational Psychol. vol. III, no. 8, 2 p.

17. *Angell* and *Root*, Size and Distance of Projection of an Afterimage on the Field of the Closed Eyes. Americ. Journ. of Psychol. vol. 24, fasc. 2, 5 p.

18. *Anschütz, G.*, Theodor Lipps neuere Urteilslehre. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 30, H. 1 u. 2, S. 242—326.

19. *Arps, G. F.*, Introspective Analysis of certain Aactual Phenomena. Psychol. Review vol. 19, fasc. 5, 15 p.

20. *Arps, G. F.*, und *Klemm, O.*, Untersuchungen über die Lokalisation von Schallreizen. Erste Mitteilung: Der Einfluß der Intensität auf die Tiefenlokalisation. Psychol. Studien VIII. Bd., 2. u. 3. H., S. 226.

21. *Auerbach*, Zur Plastizität des Schädels mit Bemerkungen über den Schädelindex. Aus Arch. f. Rassen- u. Gesellschafts-Biologie Bd. IX, H. 5, 8 S.

22. *Baade, W.*, Über Unterbrechungsversuche als Mittel zur Unterstützung der Selbstbeobachtung. Ztschr. f. Psychol. Bd. 64, H. 3 u. 4, S. 161.

23. *Baade, W.*, Über Unterbrechungsversuche als Mittel zur Unterstützung der Selbstbeobachtung. Ztschr. f. Psychol. Bd. 64, H. 3—6.

24. *Baade, W.*, Über die Registrierung von Selbstbeobachtungen durch Diktierphonographen. Ztschr. f. Psychol. Bd. 66, H. 1 u. 2, S. 81.

25. *Babak, E.*, Über den Farbensinn des Frosches vermittels Atemreaktion untersucht. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 47, H. 4—5, 20 S.

26. *Babak, E.*, Über die Temperaturempfindlichkeit der Amphibien. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 47, H. 6, 12 S.

27. *Backman* und *Gustav*, Das Verhalten der Amphibien in verschieden konzentrierten Lösungen. Pflügers Arch. Bd. 148, 45 S.



28. *Bader*, *P.*, Psychologisches und Pädagogisches über Zensuren. Ztschr. f. pädag. Psychol. u. exp. Pädag. 14. Jahrg., H. 6—8.

29. *Bagliani*, Über eine besondere Druckempfindlichkeit der Glans penis. Aus Pflügers Archiv Bd. 150, H. 1.

30. *Baldwin*, Educational Psychology at the Cleveland Meeting of the American Psychological Association. Journ. of Educational Psychol. vol. IV, fasc. 3 and 4, 7 p.

31. *Baley*, *Stefan*, Über den Zusammenklang einer größeren Zahl wenig verschiedener Töne. Ztschr. f. Psychol. Bd. 67, H. 3 u. 4, S. 261.

32. *Bainwel*, La vie intime du catholique. Revue de Philos. 13, H. 5—7, 41 S.

33. *Baird*, Memory, Imagination, Leaning and the Higher Mental Processes (Experimental). The Psychol. Bull. vol. IX, fasc. 9, 10, 16 p.

34. *Baucels*, L'œuvre d'Alfred Binet. L'Année Psychol. 18.

35. *Barat*, La psychiatrie de Kraepelin, son objet et sa méthode. Revue Philos. 38, H. 5, 28 S.

36. *Barth*, Sprachschutz und Sprachpflege in der Schule. Ein Stück pädagogischer Sprachpsychologie. Ztschr. f. pädag. Psychol. u. exp. Pädag. Bd. 14, H. 1, 6 S.

37. *Barth*, Die Nationalität in ihrer soziologischen Bedeutung. Vjhrschr. f. wissenschaftl. Philos. u. Soziol. Bd. 37, H. 1, 39 S.

38. *Barucci*, Critiche sperimentali alla dottrina dei punti tattili. Contributi psicologici del Laboratorio di Psycologia sperimentale nella R. Università di Roma vol. 1, 11 p.

39. *Basch*, Von den Zeugen des mündlichen Testaments; ein Beitrag zur Psychologie der Aussage. Ztschr. f. angew. Psychol. u. psychol. Sammelforschung Bd. VII, H. 1, 3 S.

40. *Basler*, Über den Fußsohlenkitzel. Pflügers Archiv Bd. 148, H. 1—9, 8 S.

41. *Basler*, Über die Verschmelzung rhythmischer Wärme- und Kälteempfindungen. Pflügers Archiv Bd. 151, H. 1—10, 21 S.

42. *Bauchal*, Le probleme moral: Idées et Instincts. Revue Philos. 38, no. 8.

43. *Bauch*, Psychologische Untersuchungen über Beobachtungsfehler.



Fortschr. d. Psychol. u. ihrer Anwendungen Bd. I, H. 2—3, 58 S.

44. *Baumgarten*, Die Lyrik Conrad Ferdinand Meyers. Ztschr. f. Ästhetik u. allg. Kunstwissenschaft Bd. VII, H. 3 u. 4, 25 S.

45. *Bechterew*, *W. v.*, Sur la psychoreflexologie ou psychologie objective. Arch. intern. de Neurol. no. 5, p. 273.

46. *Bechterew*, *W. v.*, Objektive Psychologie oder Psychoreflexologie. Die Lehre von den Assoziationsreflexen. Mit 37 Fig. u. 5 Taf. 464 S. (S. 30*.)

47. *Bechterew*, *W. v.*, Über die Entwicklung der psychischen Tätigkeit. Deutsche med. Wschr. Nr. 47, 48.

48. *Bechterew*, *W. v.*, Über die individuelle Entwicklung der neuropsychischen Sphäre nach psychoreflektorischen Befunden. Ztschr. f. Psychother. u. med. Psychol. Bd. V, H. 1—4, 12 S.

49. *Bechterew*, *W. v.*, Qu'est-ce que la Psycho-Reflexologie? Arch. de Neurol. no. 2, p. 76.

50. *Beck*, Untersuchungen über den statischen Apparat von Gesunden und Taubstummen. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 46, H. 6, 17 S.

51. *Beermann*, Jesaias und seine prophetischen Nachfolger im Lichte psychologischer Schrifterklärung. Ztschr. f. Religionspsychol. Bd. VI, H. 5—6, 38 S.

52. *Benetti*, Piccolo Contributo sperimentale allo studio della fatica mentale. Contributi psicologici del Laboratorio di Psicologia sperimentale nella R. Università di Roma vol. 1, 3 p.

53. *Bentley*, *Boring* and *Ruckmich*, New Apparatus for Acoustical Experiments. The Americ. Journ. of Psychol. vol. 23, fasc. 4, 8 p.

54. *Bentley*, Sensation (General). The Psychol. Bull. vol. X, fasc. 3; 3 p. General Reviews and Summaries.

55. *Bunnemann*, Über die Erklärbarkeit suggestiver Erscheinungen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 34, H. 4, S. 349 bis 369.

56. *Benussi*, *V.*, Kinematohaptische Erscheinungen. Mit 1 Fig. im Text. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 26, H. 3 u. 4, S. 385.

57. *Benussi*, *V.*, Psychologie der Zeitauffassung. (Die Psychologie in Einzeldarstellungen.) Heidelberg. 581 S. (S. 34*.)



58. *Beritoff*, Zur Kenntnis der spinalen Koordination der rhythmischen Reflexe vom Ortsbewegungstypus. Pflügers Archiv Bd. 151, H. 1—10, 55 S.

59. *Bernhard*, Die Relativität der Zeit. Arch. f. system. Philos. Bd. 18, H. 3, 13 S.

60. *Bernheim*, De la psychothérapie. Bull. méd. no. 97, p. 1075.

61. *Bernheim* L'hypnotisme. Ses évolutions diverses. Son état actuel. Arch. de Neurol. no. 2, p. 69.

62. *Berrot*, La philosophie de l'intuition. Revue Philos. 37. Année, H. 9—11, 8 S.

63. *Berry*, A Comparison of the Binet Tests of 1908 and 1911. The Journ. of Educational Psychol. vol. III, no. 8, 8 p.

Betz vgl. 364.

64. Bibliographie der deutschen und ausländischen Literatur des Jahres 1912 über Psychologie, ihre Hilfswissenschaften und Grenzgebiete mit Unterstützung von Prof. *H. C. Warren*, zusammengestellt von *A. Gelb*. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorgane Bd. 66, H. 5 u. 6, S. 321.

Bibliographia phonetica s. *Calzia*.

65. *Bieling*, Über Psychotherapie. Ztschr. f. Balneol. Jahrg. 6, Nr. 6.

66. *Bingham*, Vocal Functions. The Psychol. Bull. vol. 9, fasc. 9, 10, 7 p.

67. *Bjerre*, Bewußtsein kontra Unbewußtsein. Jahrb. f. psychoanal. u. psychopath. Forschungen Bd. 5, S. 687.

68. *Blachovski*, *St.*, Studien über den Binnenkontrast. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 47, H. 4—5, 40 S.

69. *Blachowski*, *Stefan*, Studien über den Binnenkontrast. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 47, H. 4 u. 5, S. 219.

70. *Bleuler*, *E.*, Das autistische Denken. Jahrb. f. psychoanal. u. psychopath. Forschungen IV. Bd., 1. Hälfte, 39 S.

71. *Bleuler*, *E.*, Natürliche Symbolik und Kosmogonie. Intern. Ztschr. f. ärztl. Psychoanalyse Jahrg. 1.

72. *Bleuler*, *E.*, Zur Theorie der Sekundärempfindungen. Ztschr. f. Psychol. Bd. 65, 40 S.

73. *Bleuler*, *E.*, Kritik der *Freud*schen Theorien. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 70, H. 5, S. 665.

74. *Bleuler*, *E.*, Träume mit auf der Hand liegenden Deutung. Münch. med. Wschr. Nr. 45, S. 2519.



75. *Bleuler, E.*, Das Unbewußte. Journ. f. Psych. u. Neurol. Bd. 20.

76. *Bleuler, E.*, Der Sexualwiderstand. Jahrb. f. psychoanal. u. psychopath. Forschungen Bd. 5, S. 442.

77. *Bloch* und *Preiß*, Über Intelligenzprüfungen an normalen Volksschulkindern nach *Bobertag*. Ztschr. f. angew. Psychol. u. psychol. Sammelforsch. Bd. VI, H. 5, 6, 8 S. (S. 37*.)

78. *Blüher*, „Niels Lyhne" von *J. P. Jakobsen* und das Problem der Bisexualität. Imago 1, H. 3—4, 15 S.

79. *Blumenfeld, W.*, Untersuchungen über die scheinbare Größe im Sehraume. Ztschr. f. Psychol. Bd. 65, Nr. 3, 4, 5, 6, 160 S.

80. *Bobertag*, Quelques reflexions methodologiques à propos de l'échelle métrique d'intelligence. Résultats obtenus en Amérique, a Vineland. L'Année Psychologique 18. (S. 37*.)

81. *Bobertag*, Über Intelligenzprüfungen (nach der Methode von *Binet-Simon*). II. 44 S. Ztschr. f. angew. Psychol. u. psychol. Sammelforsch. Bd. VI, H. 5, 6, 44 S. (S. 37*.)

82. *Bocci*, Die mit der komplexen Morphologie des *Corti*schen Organs am meisten im Einklang stehende Theorie des Gehörs. Aus Pflügers Archiv Bd. 150, H. 1, 17 S.

83. *Bocci*, Über den Akkomodationsmechanismus des Auges für die Ferne — subjektive Prüfung beim Menschen und objektive beim Tiere. (Übersetzt von Dr. *Verderame.*) Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 46 H. 6, 9 S.

84. *Bode*, The Method of Introspection. The Journ. of Philos., Psychol. and Scientific Methods vol. X, facs. 3—4, 6 p.

85. *Bode*, Consciousness and its Object. The Journ. of Philos., Psychol. and Scienfic Methods vol. 9, fasc. 18, 19, 20, 8 S.

86. *Bode*, The Definition of Consciousness. The Journ. of Philos., Psychol. and Scientific Methods vol. 10, fasc. 10, 7 p.

87. *Bodey*, Eugenics and Elemantary Education. Aus „The Child" vol. III, fasc. 2, 3 p.

88. *Boecke*, Die Regenerationserscheinungen bei der Verheilung von motorischen und rezeptorischen Nervenfasern. Aus Pflügers Archiv Bd. 151, H. 1—10, 8 S.

89. *Bohn*, Les progrès récents de la psychologie comparée. L'Année Psychologique 18.

90. *Boigey, Maurice*, Introduction à la Medecine des Passions.

91. *Bonaventura*, Le memoria affettiva. La Cultura Filosofica VII, fasc. 1, 36 p.
92. *Bonazzi*, Contributo sperimentale allo studio della suggestibilità nei frenastenici. Rivista di Psicologia vol. VIII, fasc. 5, 9 p.
93. *Boodin*, Individual and Social Minds. The Journ. of Philos., Psychol. and Scientific Methods vol. X, fasc. 5—7.
94. *Borchardt, H.*, Beiträge zur Kenntnis der absoluten Schwellenempfindlichkeit der Netzhaut. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 45, H. 3, S. 176.
95. *Borel, P.*, A propos de l'illusion de „non-reconnaissance" et du mécanisme de la reconnaissance. Journ. de psychol. normale et pathol. no. 6, p. 522.
96. *Boring, E. G.*, Introspection in Dementia Praecox. Americ. Journ. of Psychol. vol. XXIV, fasc. 2, 26 p.
97. *Bourdon*, La perception des mouvements de nos membres. L'Année Psychologique 18.
98. *Bourdon*, Le rôle de la pesanteur dans nos perceptions spatiales. Revue Philosophique 38, H. 5, 11 S.
99. *Boutroux*, L'école et la vie. L'Année Pedagogique I, 1911, 12 S.
100. *Bovet*, Les conditions de l'obligation de conscience. L'Année Psychologique 18.
101. *Brahn*, Psychologie eines Rechenkünstlers. Ztschr. f. pädag. Psychol. u. exp. Pädag. Bd. 13, H. 9, 10, 4 S.
102. *Brandeis, J. W.*, Dream interpretation. Medical record vol. 84, p. 291.
103. *Brillouin*, Propos sceptiques au sujet du principe de relativité. Aus „Scientia" Jahrg. 7, Bd. 8, Nr. 27, 18 S.
104. *Brou*, La compagnie de Jésus. Revue de Philosophie 13. — L'expérience réligieuse dans le catholicisme (2. série).
105. *Brown*, The Recent Literature of Mental Classes. The Psychol. Bull. vol. 9, fasc. 9, 10, 12 S.
106. *Brückner* und *Kirsch*, Über den Einfluß des Adaptionszustandes auf die Empfindlichkeit des Auges für galvanische Reizung. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 47, H. 6, 33 S.
107. *Brunes*, The Primitive Races in America. The Psychol. Bull. vol. 9, fasc. 9, 10, 10 S.



108. *Bühler*, *Karl*, Die Gestaltwahrnehmungen. Experimentelle Untersuchungen zur psychologischen und ästhetischen Analyse der Raum- und Zeitanschauung. I. Bd. Stuttgart, W. Spemann. 297 S. 7,50 M. (S. 34*.)
109. *Burchard*, *E.*, Zur Psychologie der Selbstbezichtigung. Beitr. zur forens. Med., herausgegeben von *H. Lungwitz*, Bd. 1, H. 5. Berlin, Adler-Verlag. 34 S.
110. *Butler*, Alexander Hamilton. Aus Educational Reviews vol. 45, fasc. 4, 19 p.
111. *Calzia*, Bibliographia phonetica und Annotationes phoneticae. Vox, Intern. Zentralbl. f. exp. Phonetik Bd. 23, H. 1, 22 S.
112. *Canestrini*, *S.*, Über das Sinnesleben des Neugeborenen. Berlin, Jul. Springer. 104 S.
113. *Carr*, *H.*, Space Illusions. The Psychol. Bull. vol. 10, no. 6, 3 p.
114. *Chotzen*, Die Bedeutung der Intelligenzprüfungsmethode von *Binet* und *Simon* für die Hilfsschule. „Die Hilfsschule", H. 6—8.
115. *Chotzen*, Die Intelligenzprüfungsmethode von *Binet-Simon* bei schwachsinnigen Kindern. Ztschr. f. angew. Psychol. u. psychol. Sammelforsch. Bd. VI, H. 5, 6, 84 S. (S. 37*.)
116. *Claparède*, *Ed.*, Existe-t-il des images verbomotrices? Arch. de Psychol. 13, no. 49, p. 93.
117. *Claparède*, La question du sommeil. L'Année Psychologique 18.
118. *Claparède*, Les chevaux savants d'Elberfeld. Arch. de Psychol. XII, no. 47, 42 p.
119. *Cohn*, Grundfragen der Psychologie. Jahrb. d. Philos. 1. Jahrg., 36 S.
120. *Cook*, *H. D.*, Tactual and Kinaesthetic Space. The Psychol. Bull. vol. X, no. 6, 3 p.
121. *Cornetz*, Über den Gebrauch des Ausdruckes „tropisch" und über den Charakter der Richtungskraft bei Ameisen. Pflügers Archiv Bd. 147, H. 3—12, 19 S.
122. *Dauber*, Die Gleichförmigkeit des psychischen Geschehens und der Zeugenaussagen. Fortschr. d. Psychol. u. ihrer Anwendungen Bd. I, H. 2 u. 3, 49 S.
123. *Dauriac*, Le Choix volontaire. Revue Philosophique 37. Année, H. 9—11, 12 S.



124. *Dauriac*, Le mouvement Bergsonien. Revue philosophique 38, H. 4, 15 S.

125. *Day*, The Effect of Illumination on Peripheral Vision. The Americ. Journ. of Psychol. vol. 23, fasc. 4, 46 p.

126. *Dearborn*, A Contribution to the Physiologie of Kinesthesia. Journ. f. Psychol. u. Neurol. Bd. 20, H. 1 u. 2, 22 S.

127. *Dearborn*, Kinesthesia and the Intelligent Will. Americ. Journ. of Psychol. vol. 24, fasc. 2, 52 p.

128. *Dearborn*, *Georg Van Ness*, Kinesthesia and the Intelligent Will. Americ. Journ. of Psychol. vol. 24, no. 2, p. 204.

129. *Degenkolb*, *Karl* (Leipzig), Die Raumanschauung und das Raumumgangsfeld. Neurol. Zentralbl. Nr. 7, 8, 9 u. 10.

130. *Descouedres*, Les enfants anormaux sont ils des amoraux? Arch. de Psychol. no. 49, 28 p.

131. *Deuchler*, Zur Psychologie und Morphologie der Schularbeit. Ztschr. f. pädag. Psychol. u. exp. Pädag. Bd. XIV, H. 2, 9 S.

132. *Deuchler*, *G.*, Über absolute und relative Streuungswerte in der psychologischen Forschung. Ztschr. f. pädag. Psychol. u. exp. Pädag. 14. Jahrg., H. 6—8.

133. *Deuchler*, *G.*, Beiträge zur Erforschung der Reaktionsformen. 2. Abhandlung. Über einfache Reaktionen mit verschiedenen Erwartungsformen (Fortsetzung). Mit 10 Fig. im Text. Psychol. Studien, herausgegeben von *Wundt*, VIII. Bd., 2. u. 3. H., S. 117.

134. *Dodge*, The Refractory Phase of the Protective Reflex Wink. Americ. Journ. of Psychol. vol. 24, fasc. 1, p. 1—7.

135. *Döring*, Über Einfühlung. Ztschr. f. Ästhetik u. allg. Kunstwissenschaft Bd. VII, H. 3 u. 4, 10 S.

136. *Doglia* e *Banchieri*, I sogni dei bambini di tre anni. L'inizio dell'attività onirica. Contributi psicologici del Laboratorio di Psicologia sperimentale nella R. Università di Roma vol. 1, 9 p.

137. *Doll*, Laboraty Equipment. Aus The Training School IX, fasc. 9 bis 10, 4 p.

138. *Doll*, Mental Tests at the Mental Hygiene Congress. Aus The Training School IX, fasc. 9—10, 1 p.

139. *Dovonan*, *M. E.*, and *Thorndike*, *E. L.*, Improvement in a Practice



Experiment under School Conditions. The Americ. Journ. of Psychol. 3 p.
140. *Downey*, Graphic Functions. The Psychol. Bull. vol. IX, fasc. 9,10, 5 p.
141. *Dugas*, Un paradoxe psychologique. La théorie de James-Lange. Revue Philosophique 38, H. 3, 8 S.
142. *Dunlap*, Psychogalvanik Circulatory and Respiratory Phenomena. Psychol. Bull. vol. 10, fasc. 4 u. 5. Physiologial Number, herausgegeben von *R. P. Angiers*, 4 p.
143. *Edinger*, *L.*, und *Fischer*, *R.*, Ein Mensch ohne Großhirn. Aus Pflügers Archiv f. d. ges. Physiol. Bd. 151, H. 11 u. 12, 30 S.
144. *Erdmann*, *B.*, Die Funktionen der Phantasie im wissenschaftlichen Denken. Berlin. 62 S.
145. *Erismann*, Untersuchung über das Substrat der Bewegungsempfindungen und der Abhängigkeit der subjektiven Bewegungsgröße vom Zustand der Muskulatur. Mit 24 Fig. im Text. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 28, H. 1 u. 2, S. 1.
146. Erklärung und Warnung, betreffend Beurteilung der „Jugendpsychoanalyse". Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 5, H. 1 u. 2, S. 327.
147. *Ermakow*, *J.* (Moskau), Freud et Bleuler. Arch. de Neurol. no. 2, p. 92.
148. *Federn*, *P.*, Beiträge zur Analyse des Sadismus und Masochismus. 1. Die Quellen des männlichen Sadismus. Intern. Ztschr. f. ärztl. Psychoanalyse 1. Jahrg., H. 1, S. 28.
149. *Ferenczi*, *S.*, Zum Thema „Großvaterkomplex". Intern. Ztschr. f. ärztl. Psychoanalyse 1. Jahrg., H. 3, S. 224.
150. *Ferenczi*, *S.*, Symbolische Darstellung des Lust- und Realitätsprinzips im Ödipus-Mythos. Imago 1, H. 3—4, 10 S.
151. *Ferenczi*, *S.*, Entwicklungsstufen des Wirklichkeitssinnes. Ztschr. f. ärztl. Psychoanalyse 1. Jahrg., H. 2, S. 124.
152. *Ferree*, *C. E.*, The Fluctuation of Liminal Visual Stimule of Point Area. Americ. Journ. of Psychol. vol. 24, no. 3, p. 378.
153. *Finkenbinder*, The Curve of Forgetting. Americ. Journ. of Psychol. vol. 24, fasc. 1, p. 8.
154. *Fischer*, *A.*, Pädagogische Ausstellungen. Ztschr. f. pädag. Psychol. u. exp. Pädag. 14. Jahrg., H. 6—8.



155. *Fischer*, Über die Faulheit — eine psychologische Analyse. Ztschr. f. pädag. Psychol. u. exp. Pädag. Bd. 13, H. 9, 10, 9 S.

156. *Foersterling*, *W.*, Persönlichkeitsbewußtsein und Organgefühle. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 34, H. 1, S. 37.

157. *Foucault*, *M.*, Relation de la fixation et de l'oubli avec le longuer des séries a apprendre. Année psychol. 19, S. 218—235.

158. *Frank*, *Angell*, and *Root Jr.*, *W. T.*, Size and Distance of Projection of an Afterimage in the Field of the Closed Eyes. Minor Studies from the Psychological Laboratory of Stanford University. Americ. Journ. of Psychol. vol. 24, no. 2, p. 262.

159. *Frankfurther* und *Thiele*, Experimentelle Untersuchungen zur *Bezold*schen Sprachsext. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 47, H. 2—3, 27 S.

160. *Frankfurther* und *Thiele*, Über den Zusammenhang zwischen Vorstellungstypus und sensorischer Lernweise. Ztschr. f. Psychol. Bd. 62, H. 1—6. 36 S.

161. *Freud*, *S.*, Weitere Ratschläge zur Technik der Psychoanalyse. 1. Zur Einleitung der Behandlung. Intern. Ztschr. f. ärztl. Psychoanalyse 1. Jahrg., H. 1, S. 1.

162. *Freud*, Der Wilde und der Neurotiker. II. Das Tabu und die Ambivalenz der Gefühlsregungen. Imago 1, H. 3—4, 48 S.

163. *Freud*, *Sigm.* (Herausgeber), Internationale Zeitschrift für ärztliche Psychoanalyse. Offizielles Organ der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung. Redigiert von Dr. *S. Ferenczi* und Dr. *O. Rank.* I. Jahrg., H. 1, 2 u. 3. Leipzig und Wien, Hugo Heller & Co.

164. *Freud*, *S.*, Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre. Leipzig und Wien, Fr. Deuticke. 321 S.

165. *Frischeisen-Köhler*, Das Zeitproblem. Jahrb. d. Philos. 1. Jahrg., 48 S.

166. *Fröhlich*, *Friedrich W.*, Beiträge zur allgemeinen Physiologie der Sinnesorgane. Mit 37 Textfiguren und 7 Lichtdrucktafeln. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 48, H. 1 u. 2, S. 28—164.

167. *Froment* et *Monod*, Du langage articulé chez l'homme normal et chez l'aphasique. Arch. de Psychol. no. 49, 20 p.

168. *Frost*, *E. P.*, The Characteristic Form Assumed by Dreams. The Americ. Journ. of Psychol. 4 p.



169. *Trüschel*, *L.*, Experimentelle Untersuchungen über Kraftempfindungen bei Federspannung und Gewichtshebungen. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 28, H. 1 u. 2, S. 183.

170. *v. Gebsattel*, Der Einzelne und der Zuschauer. Untersuchungen zur Psychologie des Triebes nach Beachtung. Ztschr. f. Pathopsychol. Bd. 2, H. 1—2, 43 S.

171. *Geiger*, Beiträge zur Phänomenologie des ästhetischen Genusses. Jahrb. f. Philos. u. phänom. Forschung Bd. 1, S. 567—684.

172. *Geißler*, *L. R.*, Experiments on Color Saturation. Americ. Journ. of Psychol. vol. 24, no. 2, p. 171.

173. *Gemelli*, Di alcune illusione nel campo delle sensazioni tattili. Nota preventiva. Rivista di Psicologia IX, fasc. 1, 36 p.

174. *Gertz*, *H.*, Über die kompensatorische Gegenwendung der Augen bei spontan bewegtem Kopfe. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 47, H. 6, S. 420 u. Bd. 48, S. 1.

175. *Gertz*, *H.*, Über die Raumabbildung durch binokulare Instrumente. (Die stereoptrische Abbildung.) Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 46, H. 6, 61 S.

176. *Gaßmann*, *E.*, und *Schmidt*, *E.*, Das Nachsprechen von Sätzen in seiner Beziehung zur Begabung. Experimentelle Untersuchungen über den sprachlichen Auffassungsumfang des Schulkindes. III. Leipzig. 101 S.

177. *Geyser*, *J.*, Beiträge zur logischen und psychologischen Analyse des Urteils. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 26, H. 3 u. 4, S. 361.

178. *Gildemeister*, *M.* (Straßburg), Über die physikalisch-chemischen und physiologischen Vorgänge im menschlichen Körper, auf denen der psycho-galvanische Reflex beruht. Münch. med. Wschr. Nr. 43, S. 2389. (S. 41*.)

179. *Giraud*, La suggestibilité chez les enfants d'école. L'Année Psychologique 18.

180. *Goebel*, *O.*, Über die Tätigkeit des Hörorgans bei den Vögeln. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 46, H. 6, 32 S.

181. *Goldner*, Kritsche Gedanken zum Problem der Sprache. Arch. f. system. Philos. Bd. 19, H. 2, 28 S.

182. *Gordon*, Esthetics of simple Color Arrangement. Psychological Review vol. 19, fasc. 5, 12 p.



183. *Graßler*, Das Problem vom Ursprung der Sprache in der neueren Psychologie. Ztschr. f. Philos. u. Pädagogik Bd. 20.

184. *Gregor*, *A.*, und *Gorn*, *W.*, Zur psychopathologischen und klinischen Bedeutung des psychogalvanischen Phänomens. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 16, H. 1 u. 2, S. 1—104. (S. 38*.)

185. *Gregor*, *A.*, Bericht über neuere Erscheinungen auf dem Gebiete der experimentellen Psychologie und Psychopathologie (Gedächtnis, Assoziation, Aussage). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Referate u. Ergebnisse Bd. VII, H. 3.

186. *Gregor*, *A.*, Die hautelektrischen Erscheinungen in ihren Beziehungen zu Bewußtseinsprozessen. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 27, S. 241—284. (S. 37*.)

187. *Groos*, *K.*, Lichterscheinungen bei Erdbeben. Ztschr. f. Psychol. Bd. 65, H. 1 u. 2, S. 100.

188. *Groos*, *K.*, Untersuchungen über den Aufbau der Systeme. Ztschr. f. Psychol. Bd. 62, H. 1—6, 35 S.

189. *Grosch*, Zur Psychologie des Lustmörders. Arch. f. Kriminalanthrop. u. Kriminalistik Bd. 51, H. 1—4, 3 S.

190. *Groß*, Akustische Erscheinungen und Kriminalistik. Arch. f. Kriminalanthrop. u. Kriminalistik Bd. 49, H. 1—4, 4 S.

191. *Groß*, Gewalt der Suggestion. Arch. f. Kriminalanthrop. u. Kriminalistik Bd. 49, H. 1—4, 1 S.

192. *Gutzmann*, Aus der Praxis der experimentellen Phonetik. Vox. Intern. Zentralbl. f. exp. Phonetik Bd. 23, H. 1, 9 S.

193. *Haas*, *W.*, Über Echtheit und Unechtheit von Gefühlen. Ztschr. f. Pathopsychol. Bd. II, H. 3, 40 S.

194. *Habermann*, *J. V.*, The psychoanalytic delusion. Medical record vol. 84, p. 421.

195. *Hacker*, *F.*, Beobachtungen an einer Hautstelle mit dissoziierter Empfindungslähmung. Mit 5 Fig. im Text. Sonderdruck aus Ztschr. f. Biologie, Bd. 61, S. 231—263. (S. 30*.)

196. *Haering*, *T.*, Untersuchungen zur Psychologie der Wertung (auf experimenteller Grundlage) mit besonderer Berücksichtigung der methodologischen Fragen. 2. Teil. Die Ergebnisse. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 26, S. 269 u. Bd. 27, S. 63.



197. *Haggerty, M. E.*, and *Kempe, E. J.*, Suppression and Substitution as a Factor in Sex Differences. The Americ. Journ. of Psychol. 12 p.
198. *Hartenberg, P.*, Zwangsvorgänge und Wille. Ztschr. f. Psychother. u. med. Psychol. Bd. V, H. 1—4, 5 S.
199. *Hasserodt*, Bilderunterricht. Eine experimentelle Untersuchung über die Einführung in das künstliche Bildverständnis durch Besprechung und nachschaffendes Zeichnen. Ztschr. f. pädag. Psychol. u. exp. Pädag. Bd. 14, H. 5, 15 S.
200. *Hasserodt*, Gesichtspunkte zu einer experimentellen Analyse geometrisch optischer Täuschungen. Mit 10 Fig. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 28, H. 3 u. 4, S. 336.
201. *Haßmann* und *Zingerle*, Untersuchung bildlicher Darstellungen und sprachlicher Äußerungen bei Dementia praecox. Journ. f. Psychol. u. Neurol. Bd. 20, H. 1 u. 2, 38 S.
202. *Hauptmann, A.*, Untersuchungen über das Wesen des Ausdrucks. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 14, H. 3, S. 313.
203. *v. Havay*, Über primitive Zeitauffassung. Arch. f. system. Philos. Bd. 19, H. 1, 21 S.
204. *Havelock, Ellis*, Sexo-ästhetische Inversion. Ztschr. f. Psychother. u. med. Psychol. Bd. 5, H. 1—4, 18 S.
205. *Hazay, Olivés v.*, Gegenstandstheoretische Betrachtungen über Wahrnehmung und ihr Verhältnis zu anderen Gegenständen der Psychologie. Ztschr. f. Psychol. Bd. 67, H. 3 u. 4, S. 214.
206. *Hegener* und *Panconcelli-Calzia*, Die einfache Kinematographie und die Strobokinematographie der Stimmlippenbewegung beim Lebenden. Vox Bd. 23, H. 2, 2 S.
207. *Heintschel*, Die Gedächtnisspanne. Eine Untersuchung über das unmittelbare Behalten von Konsonantenreihen. Ztschr. f. pädag. Psychol. u. exp. Pädag. Bd. 13, H. 11—12, 17 S.
208. *v. Hellmuth*, Über erste Kindheitserinnerungen. Imago II, H. 1, 12 S.
209. *Hellpach*, Geopsychologische Mitteilung. Ztschr. f. angew. Psychol. u. psychol. Sammelforsch. Bd. VII, H. 2 u. 3, 4 S.
210. *Hellpach, W.*, Vom Ausdruck der Verlegenheit. Ein Versuch zur Sozialpsychologie der Gemütsbewegungen. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 27, H. 1 u. 2, S. 1.



211. *Hellpach*, *W.*, Was heißt: „Stoffwechsel bei geistiger Arbeit?“ Ztschr. f. angew. Psychol. u. psychol. Sammelforsch. Bd. VI, H. 5, 6, 4 S.

212. *Hentschel*, Zwei experimentelle Untersuchungen an Kindern aus dem Gebiete der Tonpsychologie. Ztschr. f. angew. Psychol. u. psychol. Sammelforsch.

213. *Hermann*, *L.*, Die theoretischen Grundlagen für die Registrierung akustischer Schwingungen. Aus Pflügers Archiv Bd. 150, H. 1, 20 S.

214. *Hermann*, *L.*, Über die Fähigkeit des weißen Lichtes, die Wirkung farbiger Lichtreize zu schwächen. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 47, H. 2—3, 9 S.

215. *Heymans*, In Sachen des psychischen Monismus (2. Artikel). Ztschr. f. Psychol. Bd. 64, H. 1 u. 2, 33 S.

216. *Hillebrand*, *F.*, Die Aussperrung der Psychologen. Ztschr. f. Psychol., Bd. 67, H. 1 u. 2, S. 1—21.

217. *Hinrichsen*, *O.*, Unser Verstehen der seelischen Zusammenhänge in der Neurose und *Freud*s und *Adler*s Theorien. Zentralbl. f. Psychoanal. u. Psychother. 3. Jahrg., H. 8, 9, S. 369.

218. *Hitschmann*, *E.*, Freuds Neurosenlehre. Nach ihrem gegenwärtigen Stande zusammenfassend dargestellt. 2. erg. Aufl. Wien, Fr. Deuticke. 173 S.

219. *Hitschmann*, *E.*, Kinderangst und Onanie — Entwöhnung. Zentralbl. f. Psychoanalyse Bd. III, H. 1, 1 S.

220. *Hocart*, The Psychological Interpretation of Language. British Journ. of Psychol. vol. 5, fasc. 3, 13 p.

221. *Hoche*, *A.*, Über den Wert der Psychoanalyse. Arch. f. Psych. Bd. 51, H. 3.

222. *Hofmann*, *H.*, Untersuchungen über den Empfindungsbegriff. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 26, H. 1 u. 2, S. 1.

223. *Hoppeler*, *P.*, Über den Stellungsfaktor der Sehrichtungen. Ztschr. f. Psychol. Bd. 66, H. 3 u. 4, S. 249.

224. *v. Hug-Hellmuth*, *H.*, Aus dem Seelenleben des Kindes. (Schriften zur angewandten Seelenkunde, herausgegeben von *S. Freud*, H. 15.) Leipzig-Wien, Fr. Deuticke. 170 S. 5 M.

225. *v. Hug-Hellmuth*, Vom wahren Wesen der Kinderseele. 1. Das



Kind und seine Vorstellung vom Tode. 2. Wie die Kinder fabulieren. Imago 1, H. 3 u. 4, 15 S.

226. v. *Hug-Hellmuth*, Über Farbenhören. Imago 1, H. 3—4, 37 S.

227. *Husserl*, Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie. Jahrb. f. Philos. u. phänomenolog. Forschung Bd. 1, S. 1—324. (S. 42*.)

228. *Huther*, Pädagogisch-psychologische Probleme. Ztschr. f. pädag. Psychol. u. exp. Pädag. Bd. 14, H. 2, 15 S.

229. Jahrbuch für Philosophie und phänomenologische Forschung. In Gemeinschaft mit *M. Geiger*, *A. Pfänder*, *A. Reinach*, *M. Scheler*, herausgegeben von *E. Husserl*. Erster Band. Teil 1 u. 2. Halle. 847 S.

230. *Imbert*, Vitesses relatives des contractions musculaires volontaires et provoquées. L'Année Psychologique 18.

231. *Ingenieros*, *José*, Principios di Psicologia Biológica. Madrid, D. Jorro. 471 p.

232. 17. Internationaler Medizinischer Kongreß. London, 20. bis 22. August 1912. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 26, H. 3 u. 4, S. 499.

233. *Isserlin*, *M.*, Psychologische Einleitung. (II. Abt. des Allg. Teils des Handbuchs der Psychiatrie, herausgegeben von *G. Aschaffenburg*.) Leipzig-Wien, Franz Deuticke. 84 S.

234. *Isserlin*, *M.*, Übung und Ermüdung. Handwörterbuch d. Naturwissenschaften Bd. 10, S. 109—122. (S. 41*.)

235. *Jaensch*, *E. R.*, Die Natur der menschlichen Sprachlaute. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 47, H. 4—5, 70 S. (S. 41*.)

236. *Jaspers*, *K.*, Über leibhaftige Bewußtheiten (Bewußtheitstäuschungen), ein psychopathologisches Elementarsymptom. Ztschr. f. Pathopsychol. Bd. II, H. 6, 12 S.

237. *Jaspers*, *K.*, Allgemeine Psychopathologie. Ein Leitfaden für Studierende, Ärzte und Psychologen. Berlin. 338 S. (S. 30*.)

238. *Jerchel*, Inwieweit wird das Medizinstudium durch Rot-Grünblindheit beeinflußt? Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 47, H. 6, 33 S.

239. *Jones*, *E.*, Einige Fälle von Zwangsneurose. Jahrb. f. psychoanal. u. psychopath. Forschungen Bd. 5, S. 55—117.

240. *Jones*, *E.*, Die Beziehung zwischen Angstneurose und Angst-

hysterie. Intern. Ztschr. f. ärztl. Psychoanalyse 1. Jahrg., H. 1, S. 11.

241. *Joteyko*, Bases psychologiques de l'Ambidextrie. La Revue Psychologique V, H. 2, 3, 5 S.

242. *Jung*, *C. G.*, Versuch einer Darstellung der psychoanalytischen Theorie. Jahrb. f. psychoanal. u. psychopath. Forschungen Bd. 5, S. 307.

243. *Kafka*, *G.*, Über Grundlagen und Ziele einer wissenschaftlichen Tierpsychologie. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 29, H. 1 u. 2, S. 1.

244. *Katz*, *D.*, Über individuelle Verschiedenheiten bei der Auffassung von Figuren. Ztschr. f. Psychol. Bd. 65.

244 a. *Katz*, *D.*, Studien zur Kinderpsychologie. Wissenschaftl. Beiträge zur Pädagogik und Psychologie, herausgegeben von *Deuchler* und *Katz*, Heft 4, S. 1—86. Leipzig.

245. *Katz*, *D.*, und *Révész*, Ein Beitrag zur Kenntnis des Lichtsinns der Nachtvögel. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 48, S. 165.

246. *Kehr*, *T.*, Bergson und das Problem von Zeit und Dauer. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 26, S. 137.

247. *Kemsies*, Zur Psychologie und Pädagogik der Hausarbeiten. Ztschr. f. pädag. Psychol. u. exp. Pädag. Bd. 14, 14 S.

248. *Kemp*, *W.*, Methodisches und Experimentelles zur Lehre von der Tonverschmelzung. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 29, S. 139.

249. *Kenkel*, Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen Erscheinungsgröße und Erscheinungsbewegung bei einigen sogenannten optischen Täuschungen. Ztschr. f. Psychol. Bd. 67, S. 358.

250. *Kipiani*, L'Ambidextrie. Étude expérimentale et critique. La Revue Psychologique V, H. 2, 3, 98 S.

251. *Klages*, *L.*, Begriff und Tatbestand der Handschrift. Ztschr. f. Psychol. Bd. 63, H. 3—6, 35 S.

252. *Klages*, *L.*, Die Ausdrucksbewegung und ihre diagnostische Verwertung. Ztschr. f. Pathopsychol. Bd. II, H. 3, 115 S.

253. *Klemm*, *O.*, Untersuchungen über die Lokalisation von Schallreizen. 2. Mitteilung. Versuche mit einem monotischen Beobachter. Psychol. Studien. Bd. VIII, S. 497.

254. *Köhler*, *W.*, Akustische Untersuchungen. III. Beobachtungen



an hohen Tönen. IV. Zur Theorie der Klänge. Ztschr. f. Psychol. Bd. 64.

255. *Köhler*, *W.*, Über unbemerkte Empfindungen und Urteilstäuschungen. Ztschr. f. Psychol. Bd. 66, S. 51.

256. *Köhler*, *Paul*, Ein Beitrag zur Traumpsychologie. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 27, H. 1 u. 2, S. 235.

257. *Koffka*, Beiträge zur Psychologie der Gestalt und Bewegungserlebnisse. Ztschr. f. Psychol. Bd. 67, S. 353.

258. *Kohnstamm*, *O.*, Zwecktätigkeit und Ausdruckstätigkeit. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 29, 111 S.

259. *Kramers*, *L. W.*, Experimentelle Analyse eines einfachen Reaktionsvorganges. Mit 9 Fig. im Text. Psychol. Studien Bd. 9, S. 35.

260. *Kraskowski*, *C. L.*, Die Abhängigkeit des Umfanges der Aufmerksamkeit von ihrem Spannungszustand. Psychol. Studien Bd. 8. (S. 33*.)

261. *Krueger*, *F.*, Magical Factors in the First Development of Human Labour. Americ. Journ. of Psychol. vol. 24.

262. *Krukenberg*, *H.*, Der Gesichtsausdruck des Menschen. Mit 203 Textabbildungen. Stuttgart. 264 S.

263. *Küppers*, *E.*, Plethysmographische Untersuchungen an Dementia-praecox-Kranken. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 16, S. 517—585. (S. 41*.)

264. *Kutzinski*, *A.*, Über die Beeinflussung des Vorstellungsablaufes durch Gesichtskomplexe bei Geisteskranken. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. H. 2, S. 159.

265. *Kutzner*, *O.*, Das Gefühl, nach *Wundt*. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 30, S. 158—239.

266. *Lahy*, *J.-M.*, Étude expérimentale de l'adaption psycho-physiologique aux actes volontaires brefs et intenses. Journ. de psychol. normale et pathol. no. 3, p. 220.

266 a. *Lakenan*, The Whole and Part Methods of Memorizing Poetry and Prose. Journ. of Educational Psychology vol. IV, fasc. 3 u. 4.

266 b. *Lang*, *J.*, Über Assoziationsversuche bei Schizophrenen und den Mitgliedern ihrer Familien. Jahrb. f. Psychoanal. u. psychopath. Forschungen Bd. 5, S. 705.

266 c. *Langenbeck*, Die akustisch-chromatischen Synopsien. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 47, H. 2—3, 23 S.

266 d. *Leupoldt*, *C. v.*, Das Diktat als psychopathologische Untersuchungsmethode. Klinik f. psychische u. nervöse Krankheiten Bd. VII, H. 4, 34 S.

267. *Leupoldt*, *C. v.*, Die Ergebnisse der neueren psychologischen Forschung. (Kritisches Sammelreferat.) Deutsche med. Wschr. Nr. 24—28.

268. *Leva*, *J.*, Über einige körperliche Begleiterscheinungen psychischer Vorgänge, mit besonderer Berücksichtigung des psychogalvanischen Reflexphänomens. Münch. med. Wschr. Nr. 43, S. 2385. (S. 40*.)

269. *v. Liebermann* und *Revesz*, Über eine besondere Form des Falschhörens in tiefen Lagen. Ztschr. f. Psychol. Bd. 63.

270. *v. Liebermann* und *Revesz*, Experimentelle Beiträge zur Orthosymphonie und zum Falschhören. Ztschr. f. Psychol. Bd. 63.

271. *Liepmann*, *H.*, Zur Lokalisation der Hirnfunktionen mit besonderer Berücksichtigung der Beteiligung der beiden Hemisphären an den Gedächtnisleistungen. Ztschr. f. Psychol. Bd. 63, H. 1—2, 17 S.

272. *Lipps*, *G. F.*, Eine Bemerkung zu *Wirth*s „Mathematischen Grundlagen" usw. Psychol. Studien Bd. VIII, H. 1, 3 S.

273. *Lipps*, *Th.*, Zur Einfühlung. (Psychologische Untersuchungen herausgegeben von *Th. Lipps*, II. Bd., 2. u. 3. Heft.) 491 S.

274. *Lindner*, *R.*, Untersuchungen über die Rechtschreibung taubstummer und hörender Kinder. Ztschr. f. pädag. Psychol. u. exp. Pädag., 14. Jahrg., H. 6—8.

275. *Löwenfeld*, *L.*, Bewußtsein und psychisches Geschehen. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 94 S.

276. *Maccagno*, Introduzione sperimentale allo studio dei tipi di lavoro mentale. Contributi psicologici del Laboratorio di Psicologia sperimentale della R. Università di Roma vol. 1, 11 p.

277. *Mac Dougall*, The Child's Speech. The Journ. of Educational Psychology vol. 3, 4, 5.

278. *v. Mach*, Ein Beitrag zur Psychologie der Zeugenaussagen. Arch. f. Kriminalanthrop. u. Kriminalistik Bd. 51.



279. *Macnaughtan-Jones*, Ambidexterity., ‚The Child“ vol. III, fasc. 4, 16 p.

280. *Maeder*, *A.*, Über das Traumproblem. Jahrb. f. psychoanal. u. psychopath. Forschungen Bd. 5, S. 647.

281. *Maeder*, *A.*, Zur Frage der teleologischen Traumfunktion. Jahrb. f. psychoanal. u. psychopath. Forschungen Bd. 5, S. 453.

282. *v. Maltzew*, Das Erkennen sukzessiv gegebener musikalischer Intervalle in den äußeren Tonregionen. Ztschr. f. Psychol. Bd. 64, S. 161.

283. *Mangold*, Zur tierischen Hypnose. Pflügers Archiv Bd. 150, H. 1, 11 S.

284. *Marbe*, *K.*, Grundzüge der forensischen Psychologie. München.

285. *Marbe*, *K.*, Messung von Reaktionszeiten mit der Rußmethode. Fortschr. d. Psychol. u. ihrer Anwendungen 1.

286. *Marcuse*, *H.*, Psychische Erregung und Hemmung vom Standpunkt der *Jodl*schen Psychologie. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 70, H. 5, S. 856.

287. *Markus*, Some Results in Manual Training. The Journ. of Educational Psychology vol. III, no. 8, 1 p.

288. *Martin*, *Porter* and *Nice*, The Sensory Threshold for Faradic Stimulation in Men. Psychological Review vol. 20, fasc. 3, 12 p.

289. *Martin*, *Lillien J.*, Quantitative Untersuchungen über das Verhältnis anschaulicher und unanschaulicher Bewußtseinsinhalte. Ztschr. f. Psychol. Bd. 65, S. 417.

290. *Martin*, *Lillien J.*, The Electrical Supply and certain additions to the Laboratory Equipment in the Stanford University Laboratory. Americ. Journ. of Psychol. vol. 24, p. 33.

291. *Marx*, Untersuchungen über Fixation unter verschiedenen Bedingungen. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 47, 18 S.

292. *Maxwell*, *J.*, Les Phenomènes dits de materialisation. Avec 165 figures et 36 planches. Paris, Librairie Felix Alcan.

292 a. *Meinhof*, Die Bedeutung der experimentellen Phonetik für die Erforschung der afrikanischen Sprachen. Vox, Intern. Zentralbl. f. exp. Phonetik Bd. 23, 5 S.

293. *Mensendieck*, Zur Technik des Unterrichts und die Erziehung während der psychoanalytischen Behandlung. Jahrb. f. psychoanal. u. psychopath. Forschungen Bd. 5, S. 455.



294. *Menzerath, P.*, Contribution à la Psychoanalyse. Arch. de Psychol. XII, H. 48, 18 S.

295. *Messer, A.*, Die experimentelle Psychologie im Jahre 1911. Jahrb. d. Philos., Jahrg. 1, 34 S.

296. *Meumann* und *Goldschmidt*, Anleitung zu praktischen Arbeiten in der Jugendkunde und experimentelle Pädagogik. Ztschr. f. pädag. Psychol. u. exp. Pädag. Bd. 13.

297. *Meumann, E.*, Beobachtungen über differenzierte Einstellungen bei Gedächtnisversuchen. Ztschr. f. pädag. Psychol. u. exp. Pädag. Bd. 13.

298. *Meumann, E.*, Intelligenz und Wille. 2. umgearb. Aufl. Leipzig. 362 S. (S. 30*.)

299. *Meumann, E.*, Vorlesungen zur Einführung in die experimentelle Pädagogik und ihre psychologischen Grundlagen. Mit 39 Abb. 2. Band. 800 Seiten. (S. 29*.)

300. *Meyer, S.*, Die Lehre von den Bewegungsvorstellungen. Ztschr. f. Psychol. Bd. 65, S. 40.

301. *Meyer, P.*, Über die Reproduktion eingeprägter Figuren und ihrer räumlichen Stellung bei Kindern und Erwachsenen. Ztschr. f. Psychol. Bd. 64, H. 1 u. 2, 58 S.

302. *Mikulski, A.*, Ein Beitrag zur Methodik der Aufmerksamkeitsprüfung. Klin. f. psych. u. nerv. Krkh. Bd. 8, H. 3, S. 215.

303. *Minkowski, E.*, Die *Zenker*sche Theorie der Farbenperzeption. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 48, H. 3, S. 211.

304. *Mittenzwey, K.*, Versuch zu einer Darstellung und Kritik der *Freud*schen Neurosenlehre. Ztschr. f. Pathopsychol. Bd. II.

305. *Moede, W.*, Zeitverschiebungen bei kontinuierlichen Reizen. Psychol. Studien Bd. VIII, 147 S.

306. *Moede, W.*, Die psychische Kausalität und ihre Gegner. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 26, S. 155.

307. *Müller-Freienfels, E.*, Typenvorstellungen und Begriffe. Ztschr. f. Psychol. Bd. 64, 48 S.

308. *Müller-Freienfels, E.*, Über Denk- und Phantasietypen. Ztschr. f. angew. Psychol. u. psychol. Sammelforsch. Bd. VII, H. 2—3, 64 S.

309. *Müller, G. E.*, Zur Analyse der Gedächtnistätigkeit und des



Vorstellungsverlaufes. 3. Teil. Ztschr. f. Psychol. Erg.-Bd. 8. (S. 35*.)

310. *Müller*, *G. E.*, Neue Versuche mit Rückle. Ztschr. f. Psychol. Bd. 67, S. 193.

311. *Müller*, *V. J.*, Zur Kenntnis der Leitungsbahnen des psychogalvanischen Reflexphänomens. Inaug.-Diss. Zürich.

312. *Muth*, Über Ornamentationsversuche mit Kindern im Alter von 6—10 Jahren. Ztschr. f. angew. Psychol. u. psychol. Sammelforsch. Bd. VII, H. 2—3, 49 S.

313. *Norman*, Emanuel Swedenborg, Psychologist. The Journ. of Mental Science vol. 58, no. 242, 17 p.

314. *Offner*, *M.*, Das Gedächtnis. Die Ergebnisse der experimentellen Psychologie und ihre Anwendung in Unterricht und Erziehung. 3. verm. u. teilw. umgearb. Aufl. Berlin. 312 S. (S. 35*.)

315. *Ogden*, *R. M.*, The relation of psychologie to philosophie and education. The psychological Review vol. 20, no. 3, p. 179.

316. *Osty*, *E.*, Lucidité et intuition. Étude expérimentale. Paris, F. Alcan. 477 p.

317. *Paschen*, Physiologische Erscheinungen bei der Übereinanderlagerung von Halbschatten. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 47, H. 2—3, 10 S.

318. *Pawlow*, L'inhibition des réflexes conditionells. Journ. de Psychol. normale et pathol. X, H. 1, 15 S.

319. *Peters*, *W.*, Die Beziehungen der Psychologie zur Medizin und die Verbildung der Mediziner. Würzburg, Curt Kabitsch. 33 S.

320. *Peters*, A new and accurate Method of Photographing Speech. Vox 1913, fasc. 3, 6 p.

321. *Pfänder*, *A.*, Zur Psychologie der Gesinnungen. Jahrb. f. Philos. u. phänomenologische Forschung Bd. 1, S. 325—404.

322. *Pfister*, *Oskar*, Die psychanalytische Methode. Bd. 1 von: Pädagogium, eine Methodensammlung für Erziehung und Unterricht. Leipzig, J. Klinkhardt. 512 S.

323. *Pfister*, *O.*, Kryptolalie, Kryptographie und unbewußtes Viexierbild bei Normalen. Jahrb. f. psychoanal. u. psychopath. Forsch. Bd. V, 1. u. 2. Hälfte, S. 117—157.



324. *v. d. Pfordten, Otto*, Beschreibende und erklärende Psychologie. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 28, S. 302.
325. *Piéron, H.*, Recherches expérimentales sur les phénomènes de memoire. Année psychol. tome 19, p. 91—193.
326. *Pikler, Julius*, Empfindung und Vergleich. I. Ztschr. f. Psychol. Bd. 67, S. 277.
327. *Pillsbury*, Fluctuations of Attention and the Refractory Period. The Journ. of Philos., Psychol. and Scientific Methods vol. X, fasc. 5—7.
328. *Pintner*, Inner Speech during Silent Reading. The Psychological Review vol. 20, fasc. 2, 25 p.
329. *Polimanti*, Étude de quelques nouvelles illusions optiques géométriques. Journ. de psychol. normale et pathol. X, H. 1, 5 S.
330. *Ponzo*, Il decorso nel tempo delle rappresentazioni speziali cutanee. Rivista di Psicologia IX, fasc. 1, 11 p.
331. *Powelson, Inez*, and *Washburn, M. F.*, The Effect of Verbal Suggestion on Judgments of the Affective Value of Colors. Minor Studies from the Psychological Laboratory of Vassar College vol. 21. Americ. Journ. of Psychol. vol. 24, no. 2, p. 267.
332. *Rank, Otto*, und *Sachs, Hanns*, Die Bedeutung der Psychoanalyse für die Geisteswissenschaften. 111 S. Wiesbaden.
333. *Ranschburg, P.*, Über die Wechselwirkungen gleichzeitiger Reize im Nervensystem und in der Seele. Ztschr. f. Psychol. Bd. 66, S. 22, 161. (S. 34*.)
334. *Raschke, Walther*, Intelligenzprüfungen und Assoziationsversuche an Kindern. Inaug.-Diss. Greifswald.
335. *Régis, E.*, et *Hesnard, A.*, La doctrine de *Freud* et de son école. L'Encéphale no. 4, p. 356; no. 5, p. 446; no. 6, p. 537.
336. *Révész, G.*, Zur Grundlegung der Tonpsychologie. Leipzig. 148 S.
337. *Ribot, Th.*, Le probleme de la pensée sans image et sans mots. Revue philosophique no. 7, p. 50.
338. *Rignano, E.*, Was ist das Räsonnement? Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 28, H. 3 u. 4, S. 277.
339. *Ritterhaus, E.*, Zur Frage der Komplexforschung. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 28.



340. *Roblee* and *Washburn*, The Affective Values of Articulate Sounds. The Americ. Journ. of Psychol. vol. 23, fasc. 4, 5 p.

341. *Rosanoff*, *J. R.*, and *Rosanoff*, *A. J.*, A study of association in children. The psychological bulletin vol. 20, no. 1, p. 43.

342. *Rose*, *H.*, Der Einfluß der Unlustgefühle auf dem motorischen Effekt der Willenshandlungen. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 28, H. 1 u. 2, S. 94. (S. 41*.)

343. *Rossilimo*, *G.*, Berichtigungen und Ergänzungen zur Methodik der Untersuchung der „psychologischen Profile". Klin. f. psych. u. nerv. Krkh. Bd. VIII, H. 2, S. 185.

344. *Rubin*, Beobachtungen über Temperaturempfindungen. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 46, H. 6, 6 S.

345. *Ruckmich*, *C. A.*, The Role of Kinaesthesis in the Perception of Rythm. The Americ. Journ. of Psychol. vol. 24, no. 1 and 3. (S. 41*.)

346. *Salow*, *P.*, Untersuchungen zur uni- und bilateralen Reaktion. II. Eigene Versuche am Chronographen; herausgegeben von *O. Klemm.* Psychol. Studien Bd. VIII, H. 6, S. 506.

347. *Salow*, *P.*, Untersuchungen zur uni- und bilateralen Reaktion. Psychol. Studien Bd. VIII, H. 6, 34 S.

348. *de Sanctis*, Gl' infantilismie. Contributi psicologici del Laboratorio di Psicologia sperimentale nella R. Universita di Roma vol. 1, 16 p.

349. *de Sanctis*, I metodi della Psicologia moderna. Contributi psicologici del Laboratorio di Psicologia sperimentale della R. Università di Roma vol. 1, 19 p.

350. *de Sanctis*, Le manifestazioni esterne del pensiero. Contributi psicologici del Laboratorio di Psycologia sperimentale nella R. Universita di Roma vol. 1, 31 p.

351. *de Sanctis*, Sui reattivi per la misura dell'insufficienza mentale. Contributi psicologici del Laboratorio di Psicologia sperimentale nella R. Universita di Roma vol. 1, 18 p.

352. *de Sanctis*, Su di un nuovo procidimento per lo studio del lavoro mentale. Contributi psicologici del Laboratorio di Psycologia sperimentale nella R. Universita di Roma vol. 1, 9 p.

353. *Sartorius*, Der Gefühlscharakter einiger Akkordfolgen und sein

respiratorischer Ausdruck. Psychol. Studien Bd. VIII, H. 1, 45 S.

354. *Schackwitz*, *A.*, Apparat zur Aufzeichnung der Augenbewegungen beim zusammenhängenden Lesen. Ztschr. f. Psychol. Bd. 63, H. 3—6, 12 S.

355. *Schackwitz*, *A.*, Über die Methoden der Messung unbewußter Bewegungen und die Möglichkeit ihrer Weiterbildung. Mit 11 Fig. im Text. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 26, H. 3 u. 4, S. 414.

356. *Schaefer*, *K.*, Beiträge zur Kindesforschung, insbesondere der Erforschung der kindlichen Sprache. Wissenschaftl. Beiträge z. Pädagogik u. Psychol., herausgegeben von *Deuchler* und *Katz*, H. 4, S. 87—119. Leipzig.

357. *Schilder*, *P.* (Leipzig), Über das Selbstbewußtsein und seine Störungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 20, H. 4, S. 511.

358. *Schmitt*, *Hermann*, Psychologie und Logik in ihrem Verhältnis zur Sprache und zur Methode sprachlicher Untersuchung. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 27, H. 1 u. 2, S. 204.

Schmidt, *G.*, siehe *Gaßmann*.

359. *Schröder*, *E.*, Die Entwicklung der Auffassungskategorien beim Schulkinde. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. XXX, S. 2—112.

360. *Selz*, *O.*, Über die Gesetze des geordneten Denkverlaufs. Eine experimentelle Untersuchung. Erster Teil. Stuttgart. 320 S. (S. 42*.)

361. *Sittig*, Ein Beitrag zur Kasuistik und psychologischen Analyse der reduplizierenden Paramnesie. Ztschr. f. Pathopsychol. Bd. II, H. 1—2.

362. *Sopp*, *A.* (Frankfurt a. M.), Suggestion und Hypnose. Würzburg, Kabitzsch. 72 S.

363. *Spearman*, Die praktische Elimination des Einflusses der zufälligen Fehler von dem Korrelationskoeffizienten. Ztschr. f. angew. Psychol. u. psychol. Sammelforsch. Bd. VI, H. 5, 6, 3 S.

364. *Betz*, Erwiderung auf die vorstehende Mitteilung von *Spearman*. Ztschr. f. angew. Psychol. u. psychol. Sammelforsch. Bd. VI, H. 5, 6, 1 S.

365. *Specht*, *W.*, Zur Phänomenologie und Morphologie der pathologischen Wahrnehmungstäuschungen. Ztschr. f. Pathopsychol. Bd. II, H. 1—2, 23 S.

366. *Stärke*, Neue Traumexperimente im Zusammenhang mit älteren und neueren Traumtheorien. Jahrb. f. psychoanal. u. psychopath. Forschungen Bd. 5, S. 233—307.

367. *Stephanowitsch*, *Johann*, Untersuchung der Herstellung der subjektiven Gleichheit bei der Methode der mittleren Fehler unter Anwendung der Registriermethode. Mit 2 Fig. im Text und 3 Taf. Aus Psychol. Studien Bd. VIII, H. 2 u. 3, S. 77.

368. *Stern*, *W.*, Die Psychologie und die Vorbildung der Juristen. Ztschr. f. angew. Psychol. u. psychol. Sammelforschung Bd. VII, H. 1, 24 S.

369. *Sterzinger*, *O.*, Die Gründe des Gefallens und Mißfallens am poetischen Bilde. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 29.

370. *Störring*, *P.*, Zur kritischen Würdigung der *Freud*schen Theorie. Vortrag, gehalten auf der Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Münster 1912. (Psychiatrische Sektion.) Ztschr. f. Pathopsychol. Bd. II, H. 1—2, 6 S.

371. *Storch*, *H.*, Aussageversuche als Beitrag zur Psychologie manischer und depressiver Zustände. Ztschr. f. Pathopsychol. Bd. II, H. 3, 60 S.

372. *Stoll*, *J.*, Zur Psychologie der Schreibfehler. Fortschr. d. Psychol. Bd. 2. S. 1—135. (S. 35*.)

372 a. *Strong*, *E. K. Jr.*, A Comparison between Experimental Data and Clinical Results in Manic Depressive Insanity. Americ. Journ. of Psychol. vol. 24, no. 1, p. 66.

373. *Szymanski*, *J. S.*, Über künstliche Modifikation des sogenannten hypnotischen Zustandes bei Tieren. Pflügers Archiv Bd. 148, H. 1—9, 30 S.

374. *Szymanski*, *J. S.*, Versuche über den Richtungssinn beim Menschen. Pflügers Archiv Bd. 151, H. 1—10, 13 S.

375. *Szymanski*, *J. S.*, Lernversuche bei Hunden und Katzen. Pflügers Archiv f. d. ges. Physiol. Bd. 151, H. 11 u. 12, 20 S.

376. *Takeo*, *Takei*, Über die Dauer des negativen farbigen Bewegungsnachbildes. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 47, H. 6, 4 S.



'*enner*, Über Versmelodie. I. Ztschr. f. Ästhetik u. allg. Kunstwissenschaft Bd. VIII, H. 2, 33 S.

'*erman* and *Hocking*, The Sleep of School Children, its Distribution According to Age and its Relation to Physical and Mental Efficiency. Part 1. The Relation of Sleep According to Age. (10 p.) — Part 2. The Relation of Sleep to Intelligence to School Success and to Nervous Traits. (10 p.) Journ. of Educational Psychology vol. IV, fasc. 3 and 4.

Thumb, Satzrhythmus und Satzmelodie in der altgriechischen Prosa. Fortschr. d. Psychol. u. ihrer Anwendungen Bd. I, H. 2—3, 30 S.

Thurnwald, Ethno-psychologische Studien an Südseevölkern auf dem Bismarck-Archipel und den Salomo-Inseln. Mit 21 Taf. Ztschr. f. angew. Psychol. u. Sammelforsch., Beiheft 6. 163 S.

. *Titchener*, The Schema of Introspection. The Americ. Journ. of Psychol. vol. 23, fasc. 4, 24 p.

:. *Todoroff*, Beiträge zur Lehre von der Beziehung zwischen Text und Komposition. Ztschr. f. Psychol. Bd. 63, 41 S.

;. *Traugott*, *Rich.*, Der Traum. Psychologisch und kulturgeschichtlich betrachtet. Würzburg, C. Kabitzsch. 70 S.

4. *Trebitsch*, *A.*, Erkenntnis und Logik. Wien u. Leipzig, W. Braunmüller. 26 S.

5. *Trendelenburg*, *W.*, Eine Beleuchtungsvorrichtung für die Anordnung zur spektralen Farbenmischung in physiologischen Übungen nach *v. Kries*. Mit 2 Abb. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 48, S. 229.

36. *Trendelenburg*, *W.*, Versuche über binokulare Mischung von Spektralfarben. Mit 1 Abb. Ztschr. f. Sinnesphysiol., H. 3, S. 199.

87. *Trömner*, *E.*, Hypnotismus und Suggestion. Aus Natur u. Geisteswelt Bd. 199. Leipzig. 114 S. (S. 42*.)

88. *Trüschel*, *L.*, Experim. Untersuchungen über Kraftempfindungen bei Federspannung und Gewichtshebung. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 28, 183—273. (S. 41*.)

389. *Urban*, *F. M.*, Ein Apparat zur Erzeugung schwacher Schallreize. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 27, H. 1 u. 2, S. 232.



389a. *Urban, F. M.*, Psychological Measurement Methods. The Psychol. Bull. vol. X, no. 6, 6 p.

390. *Urban, F. M.*, Der Einfluß der Übung bei Gewichtsversuchen. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 26, S. 271.

391. *Urban, F. M.*, Über einige Begriffe und Aufgaben der Psychophysik. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 30, S. 113—152.

392. *Verrier*, Les variations temporelles du rhythme. Journ. de psychol. normale et pathol. X, fasc. 1, 9 p.

393. *Wagner*, Die rechnerische Behandlung der Ergebnisse bei der Prüfung des unmittelbaren Behaltens. Ztschr. f. pädag. Psychol. u. exp. Pädag. Bd. 14.

394. *Waiblinger, E.*, Zur psychologischen Begründung der Harmonielehre. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 29, S. 258.

395. *v. Wartensleben*, Über den Einfluß der Zwischenzeit auf die Reproduktion gelesener Buchstaben. Ztschr. f. Psychol. Bd. 64, 65 S. (S. 32*.)

396. *Wehofer*, Farbenhören bei Musik. Ztschr. f. angew. Psychol. u. psychol. Sammelforsch. Bd. VII.

397. *Weißfeld*, Freuds Psychologie als eine Transformationstheorie. Jahrb. f. psychoanal. u. psychopath. Forsch. Bd. 5, S. 621.

398. *Wells, F. L.*, Practice and the Work Curve. Americ. Journ. of Psychol. vol. 24, p. 35.

399. *Wentscher, E.*, Grundzüge der Ethik. Aus Natur und Geisteswelt. Leipzig. 116 S. (S. 42*.)

400. *Werner, H.*, Ein Phänomen optischer Verschmelzung. Ztschr. f. Psychol. Bd. 66, S. 263.

401. *Westphal, W.*, Untersuchung der sphygmographischen und pneumographischen Symptome bei Wahlreaktionen. Psychol. Studien Bd. VIII, H. 1, 27 S. (S. 41*.)

402. *Whipple, G. M.*, Psychology of Testimony and Report. The Psychol. Bull. vol. 10, no. 6, 5 p.

403. *Wichodzew*, Zur Kenntnis des Einflusses der Kopfneigung zur Schulter auf die Augenbewegungen. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 46.

404. *Wilser, Ludw.*, Ein Beitrag zum Verständnis der Tierseele. Mit einer Textfigur. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 70, S. 474.



405. *Winter*, The Sensation of Movement. Psychological Review vol. 19, fasc. 5, 12 p.

406. *Wirth, W.*, und *Klemm, O.*, Über den Anstieg der inneren Tastempfindung. Psychol. Studien Bd. VIII, S. 485.

407. *Wirth, W.*, Bemerkung zur Abhandlung von *Urban*: „Über einige Begriffe und Aufgaben der Psychophysik." Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 30, H. 1 u. 2, S. 153—155.

408. *Wirth*, Ein Demonstrationsapparat für Komplikationsversuche. Psychol. Studien Bd. VIII, H. 4 u. 5, 10 S.

409. *Wittmann, Joh.*, Über die rußenden Flammen und ihre Verwendung zu Vokal- und Sprachmelodie-Untersuchungen. Mit 17 Fig. im Text und 2 Taf. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 26, S. 399.

410. *Wohlgemuth, A.*, Zwei neue Apparate zur Untersuchung des Temperatursinnes der Haut. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 47, H. 6, S. 414.

411. *Wolf, E.*, Ferdinand August Maria Franz von Ritgen. Ein Beitrag zur Geschichte der Medizin und Naturphilosophie. Beihefte zur Klin. f. psych. u. nerv. Krkh., H. 1, 48 S.

412. *Wundt, W.*, Die Psychologie im Kampf ums Dasein. Stuttgart, A. Kröner. 38 S.

413. *Zimkin, J.*, Analyse der Störungen bei der Prüfung Geisteskranker nach der *Ebbinghaus*schen Kombinationsmethode. Inaug.-Diss. Berlin.

414. *Ziehen, Th.*, Experimentelle Untersuchungen über die räumlichen Eigenschaften einiger Empfindungsgruppen. Fortschr. d. Psychol. u. ihrer Anwendungen Bd. I, H. 4—5, 111 S. (S. 31*.)

415. *Ziehen, Th.*, Erkenntnistheorie auf psycho-physiologischer und physikalischer Grundlage. Jena, G. Fischer. 571 S. (S. 30*.)

416. *Zimmer*, Die Ursachen der Inversionen mehrdeutiger stereometrischer Konturenzeichnungen. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 47, S. 106.

417. *Zwaardemaker*, Über den dynamischen Silbenakzent. Vox, Intern. Zentralbl. f. exp. Phonetik Bd. 23, H. 1, 15 S.

Von zusammenfassenden Darstellungen des Gesamtgebiets ist zu nennen der 2. Band von *Meumanns* experimenteller Pädagogik (299), der wichtige



Kapitel der reinen und angewandten Psychologie mit reichlichen Literaturangaben abhandelt. Von demselben Verfasser liegt gleichfalls in neuer Auflage die Abhandlung über „Intelligenz und Wille" (298) vor. In der Psychologischen Einleitung zu *Aschaffenburgs* Handbuch (233) der Psychiatrie sucht *Isserlin* die wichtigsten Tatsachen und Probleme der Psychologie zur Einführung in die Psychopathologie zusammenzufassen und zu diskutieren. Sehr viel Psychologisches, vor allem methodologisch Wertvolles, bringt *Jaspers* (237) in seiner Allgemeinen Psychopathologie. Leider ist diese in übertriebener Weise auf das Prinzip der Einfühlung hin orientiert, und gerade durch die Kombination von sehr viel Geist und Dogmatismus nicht ungefährlich. Auf direkt entgegengesetztem Standpunkt steht *Bechterews* „Objektive Psychologie" (46). Diese will nur „die Beziehungen des Lebewesens zu den Bedingungen des Milieus, die auf den Organismus irgendeinen Einfluß haben, erforschen und erklären, ohne dabei jene inneren oder subjektiven Erlebnisse aufklären zu wollen, die unter dem Namen der Bewußtseinserscheinungen bekannt sind, und die nur der Beobachtung zugänglich sind. Deshalb schließt die objektive Psychologie oder Psychoreflexologie . . . die Methode der Selbstbeobachtung aus der Beobachtung und dem Experiment vollständig aus, alle psychischen Funktionen müssen nur objektiv registriert und kontrolliert werden". Es ist interessant, eine Zusammenstellung von objektiven Methoden in Händen zu haben, wenn in Wahrheit auch eine solche „objektive Psychologie" ohne Rücksicht auf das Innenleben eine Utopie ist. Genannt sei ferner an dieser Stelle *Ziehens* psychophysiologische Erkenntnistheorie (415).

Von Einzeluntersuchungen seien zunächst aus dem Gebiete der Sinnespsychologie *F. Hackers* Beobachtungen an einer Hautstelle mit dissoziierter Empfindungslähmung (195) in ihren Ergebnissen wiedergegeben; sie nehmen zu wichtigen, von *Head* aufgeworfenen Problemen Stellung.

Hacker führte die Beobachtungen an sich selbst, an einer durch Verletzung in Narbengewebe umgewandelten Hautstelle durch. Seine sorgfältigen Untersuchungen ergaben, daß diese Hautstelle im Vergleich zur normalen Haut eine sehr unvollständige Innervation besaß. Nur die Wärmepunkte erwiesen sich als gut entwickelt, Kälte und Druckpunkte dagegen waren gar nicht vorhanden, Schmerzpunkte nur ganz vereinzelt.

Stichschmerzen auszulösen gelang ausschließlich an diesen Schmerzpunkten, sonst auf keinem Flächenteil. Dagegen ließ sich der sogenannte dumpfe Schmerz sowohl durch mechanische wie durch elektrische Reizung überall auslösen. Dabei war die Schwelle für diesen Schmerz erheblich niedriger als auf der normalen Haut, und es zeigte sich, daß bei mechanischer Reizung zur Auslösung der Schmerzempfindung ein um so größerer Druck nötig war, je kleinflächiger das Reizmittel war, da eben der dumpfe Schmerz auf einer Tiefenwirkung beruht. Hitzempfindung ließ sich durch keine Temperaturen erzeugen, denn wegen des Fehlens der Kältepunkte konnten die für die Hitzempfindung charakteristischen Kälteempfindungen nicht auftreten. Die Empfindung des Brennendheißen wurde nur an den Stellen der Schmerzpunkte wahrgenommen.

:ads Ansicht, daß die Adaptation nicht an die Temperaturpunkte gebunden ıdern an die dazwischenliegenden temperaturempfindlichen Hautstellen, t der genügenden Begründung ebenso wie seine Hypothese von dem protoıen Nervensystem, das nach Nervenverletzungen im ersten Stadium der ·ation die Sinnesfunktionen vermittle.

or allem ist der charakteristische unlustbetonte Schmerz, der dem protoıen Gebiet eigen sein soll, eine dem dumpfen Schmerz auf der normalen naloge Sensation. Daß die Druckempfindungen auf dem für Berührungsnästhetischen Gebiet nicht dem tiefen Drucksinn zuzuschreiben sind, wie nnimmt, wird durch ihre relativ hohe Schwelle sowie damit bewiesen, daß ngebung der anästhetischen Hautstellen von einer Mitbeteiligung an der ng ausgeschaltet wird.

)adurch erhöht sich die Schwelle auf dem unempfindlichen Gebiet um mehr Zehnfache. Die scharfe Trennung von Berührung und Druck, zu der *Trotter)avies* durch ihre Versuche mit Nervendurchschneidungen kommen, wird geführt auf die falsche Deutung der bei pathologisch veränderten Hauten besonders leicht auslösbaren Empfindungen dumpfen Schmerzes, die tiefliegende Nerven vermittelt werden.

Für die normalen Sinnesempfindungen ist eine funktionelle Scheidung von ırung und Druck unzulässig.

Wichtige sinnespsychologische Fragen behandelt auch *Ziehen* in seinen rimentellen Untersuchungen über die räumlichen Eigenschaften ger Empfindungsgruppen (414).

Nach seinen Ergebnissen zerfällt die kinästhetische (arthrische) Wahrnung in einen Empfindungs- und einen Vorstellungsanteil. Der findungsanteil ist eine mechanische, in den Gelenken und deren barschaft lokalisierte Empfindung. Der Vorstellungsanteil ·ht bei dem Sehendgeborenen ganz vorzugsweise in einer optischen - bzw. Bewegungsvorstellung.

Die Annahme spezifischer Bewegungsempfindungen und -vorlungen schwebt ganz in der Luft. Auch unsere klinischen Erıngen bei Seelenblindheit, Astereognosie und Apraxie lassen sich ohne eine ıe Annahme sehr wohl erklären.

Die Annahme eines besonderen kinästhetischen Zentrums in der Großhirne erscheint daher auch überflüssig. Sein Nachweis ist auch stets vergeblich ucht worden.

Auch die sogenannten Tastvorstellungen des Sehendgeborenen spielen keine bliche Rolle. Im wesentlichen sind die Tastempfindungen nur „Signale", ch welche optische Vorstellungen ausgelöst werden.

Bei den Blindgeborenen bekommen die Tastvorstellungen infolge Wegfalls der optischen Vorstellungen größere Bedeutung. Die Begungsvorstellungen sind bei ihnen wahrscheinlich taktil-vestilar. Die Existenz spezifischer Bewegungsvorstellungen ist auch bei den ndgeborenen nicht erwiesen.

Der Zeitfehler hat, soweit er auf der ideativen Modifikation der ersten Empfindung bei der Methode der richtigen und falschen Fälle beruht, anscheinend nur für die Intensität der Empfindung eine durchgängige negative Tendenz. Für die Qualität und für die Extensität besteht eine solche durchgängige Tendenz wahrscheinlich nicht oder wenigstens nicht in demselben Maße.

Bei der Vergleichung von Längen (gerader und gekrümmter), sie mag einfach taktil oder aktiv- oder passiv-kinästhetisch erfolgen, sowie bei der Vergleichung von Krümmungen zeigt sich im Bereich der angestellten Versuche vielfach ein annähernd neutraler Zeitfehler.

Bei einzelnen Personen scheint eine individuelle Tendenz zu einem negativ oder positiv gerichteten Zeitfehler zu bestehen.

Die Zahl der richtigen Fälle ist im Bereich der angestellten Versuche bei aktiv-kinästhetischer Vergleichung kaum größer als bei passiv-kinästhetischer.

Die Zahl der richtigen Fälle scheint bei manchen der angewendeten Versuchsanordnungen bei den Blindgeborenen etwas größer zu sein als bei den Sehendgeborenen.

Stärkere Krümmung wird bei den angestellten Versuchen, wenigstens den aktiv-kinästhetischen, oft im Sinne einer größeren Länge gedeutet.

Zur Nachprüfung der bekannten Auffassungs- und Merkversuche *Finzis* hat *Gabriele Gräfin v. Wartensleben* Untersuchungen über den Einfluß der Zwischenzeit auf die Reproduktion gelesener Buchstaben" angestellt (395). Sie verwandte als Gesichtsreize Buchstaben, Zahlen und sinnlose Silben bei einer Expositionszeit von $^1/_{10}$ Sek. Aus ihren Resultaten seien folgende Tatsachen angeführt: Das Gesamtbild der Versuche zeigt, daß für die Vorgänge, welche in die Zwischenzeit hineinfallen, jeweils so sehr verschiedenartige Umstände in Betracht kommen, daß weder überhaupt noch auch für ein einzelne Vp. die Länge der notwendigsten oder optimalen Zwischenzeit zahlenmäßig bestimmbar ist. Es ergab sich vielmehr, daß die einzelnen Vp. infolge der verschiedenartigen in der Zwischenzeit spielenden Prozesse von Versuch zu Versuch Schwankungen hinsichtlich der notwendigen und der optimalen Zeit ausgesetzt waren, Schwankungen, die zwischen 0″ bis 15″ liegen und in ihrer Verursachung durchaus diskrepant sind. Es kam häufig vor — besonders bei einer Zwischenzeit von 0″—4″, daß die Vp angaben mit dem Erkennen, Einordnen der Buchstaben oder Umsetzen in das akustisch-motorische Lautbild nicht fertig zu sein. Interessant ist die Beobachtung, daß beim Erkennen die Aufmerksamkeit nach der Wahrnehmung an einen Platz gelangt und dort Bilder heraushebt, an welchen zur Zeit der Wahrnehmung keine oder nur völlig unerkannte Gestalten sich befanden. — Ein eindeutiger Einfluß der Zwischenzeit auf den Umfang der richtigen Reproduktion hat sich nicht ergeben.

Bei den als „sicher richtig" bezeichneten Buchstaben war die Zuverlässigkeit der subjektiven Sicherheit eine ziemlich hohe (100—92%). Die falschen Buchstaben wurden meist als unsicher bezeichnet; verhältnismäßig zahlreich sind aber die richtig reproduzierten und doch als „unsicher" bezeichneten Buchstaben (5—17 % der richtigen).



Die Versuche *Clemens Kraskowski*s über die **Abhängigkeit des Umfangs der Aufmerksamkeit von ihrem Spannungszustande** (260) sollen etwas eingehender berichtet werden, weil das von ihm angewendete Verfahren — trotz wichtiger zu erhebender Einwendungen gegen Versuchsanordnung und Interpretation der Ergebnisse — nicht ungeeignet scheint, für entsprechende Modifikationen zum Zweck psychopathologischer Untersuchungen, Anregung zu geben. Die Methode, welche Verfasser anwendete, bestand in der tachistokopischen Darbietung von 4—6 ziffrigen Zahlen, welche erkannt werden sollte; unmittelbar nach vollzogener Erkennung hatte die Vp. eine Reaktionsbewegung zu machen (die Reaktionszeit wurde am *Hipp*schen Chronoskop gemessen). Eine Reihe besonderer Bedingungen sollte die speziellen Aufmerksamkeitsverteilungen bewirken. So sollte reagiert werden, wenn eine verabredete Ziffer 1. an einer bestimmten Stelle der Zahl a) vorkommt, b) nicht vorkommt, 2. überhaupt in der Zahl a) vorkommt, b) nicht vorkommt. Die beiden ersten Aufgaben haben den Effekt der Konzentration auf die bestimmte Stelle, die beiden letzten sollen eine Verteilung der Aufmerksamkeit auf die ganze Zahl. hervorrufen. Insbesondere 2 b wird als die Aufgabe betrachtet, welche die gleichmäßigste, normal zu nennende Verteilung der Aufmerksamkeit bedingt. Bei der Feststellung der Erkennungsleistung bediente sich *Kraskowski* im Anschluß an *Witasek* eines Verfahrens zur Abschätzung der Fehlerarten nach ihrer Wertigkeit (Abstufung nach Fehlergewichten). Die Reaktionszeiten wurden mit Vorsicht verwertet, arithmetische Mittel und als Streuungsmaß mittlere Fehler berechnet. Verf. kommt zu folgenden Ergebnissen:

Der Umfang der Apperzeption ist außer von der Individualität des einzelnen und dem Grade der Übung auch noch von dem Spannungszustande der Aufmerksamkeit abhängig.

Möglichst gleichmäßig verteilte und normal gespannte Aufmerksamkeit bietet die besten Bedingungen für eine umfangreiche Apperzeption.

Bei Konzentration der Aufmerksamkeit ist unter den eingehaltenen Versuchsbedingungen die zur Erkennungsleistung erforderliche Spannung eine höhere und mit dem Grade der Konzentration zunehmend, der Umfang der Auffassung dagegen ein geringerer. Dabei ist aber die in Betracht kommende Stelle von besonderer Bedeutung. An der Grenze der Auffassung, bei sechsstelligen Zahlen, tritt dies am meisten zutage.

Die Untersuchung der näheren Verteilungsverhältnisse der Aufmerksamkeit zeigt, daß eine Verteilung wirklich möglich ist und mit dem Grade der Übung gleichmäßiger wird. Es bleiben aber gewisse Wertunterschiede der einzelnen Stellen bestehen. Für die Erkennung bilden einige, besonders die begrenzenden ersten und letzten, und die mittelsten Stellen gewissermaßen die dominierenden Elemente; die zweiten, vierten und vorletzten dagegen sind für die Erkennung am ungünstigsten. Mit der Länge der Zahlen tritt eine Verschiebung der Wertigkeit der einzelnen Stelle in der Leserichtung in der Art ein, daß die rechte Hälfte gegenüber der linken mehr in den Vordergrund tritt, also die vorletzten und letzten Stellen günstiger werden als die zweiten und ersten.

Bei Konzentration der Aufmerksamkeit im Verlauf des Apperzeptions-



prozesses auf eine vorher unbestimmte und wechselnde Stelle ist der die Erkennungsleistung verringernde Einfluß der Ablenkung an den mehr hervortretenden günstigen Stellen größer als an den ungünstigen, und zwar an ersteren etwa 30, an letzteren etwa 20 % gegenüber der Apperzeptionsleistung bei normaler Verteilung. Bei Konzentration der Aufmerksamkeit auf eine vorher bestimmte Stelle dagegen ist der verringernde Einfluß an den günstigen Stellen geringer, und zwar etwa 25 %, an den ungünstigen jedoch etwa 50 %. Die Erkennungsleistung ist demnach bei ungünstigster Verteilung nur etwa halb so groß als bei günstigster Verteilung.

Die Auffassung der Zahlen geschieht in Gruppen. Vierstellige werden in zwei und zwei Ziffern zerlegt, bei großer Übung aber häufig noch als Ganzes gelesen. Daher üben bei ihnen die verschiedenartigen Einstellungsformen der Aufmerksamkeit fast gar keinen oder kaum merklichen Einfluß auf die Erkennung aus. Bei fünfstelligen Zahlen herrscht Unsicherheit, da sie in Gruppen zu drei und zwei oder zwei und drei Ziffern gegliedert werden können. Deshalb sind fünfstellige Zahlen oft langsamer zu erkennen als sechsstellige, und vor allem sind die Schwankungen in der Apperzeption, d. h. die mittleren Fehler, größer. Man könnte vielleicht allgemein den Satz aussprechen, daß die Auffassung ungerader Zahlen größere Schwierigkeiten bietet als die der geraden, da sie nur in ungleiche Gruppen zerlegt werden können. Mit zunehmender Übung wird aber die Sicherheit in der Gruppierung meistens dann in zwei und drei Ziffern, gefestigt und infolgedessen auch der Wert der Reaktionszeiten und mittleren Fehler verringert.

Die Größe der Objekte ist für die Güte der Apperzeption von Bedeutung. Mit wachsender Größe nimmt nicht auch unbedingt die Erkennung zu, sondern sie findet bei einer bestimmten Größe ihre Grenze. Diese liegt für kleinere Zahlen höher als für größere. Autor wagt jedoch nicht ein bestimmtes Gesetz aus seinen Versuchen abzuleiten. Es wäre nach seiner Meinung nach den Ergebnissen möglich, daß, um gleiche relative Erkennungsleistungen zu erzielen, die Größe der Ziffern in demselben Maße abnehmen muß, als die Länge der Zahlen zunimmt. Für eine bestimmte Länge des Objekts scheint fernerhin in der Nähe der die beste Erkennung bedingenden Größe der Ziffern die Apperzeptionsleistung ebenfalls im umgekehrten Verhältnis der Größe zu stehen. Eine nähere Untersuchung dieser Frage wäre nach Meinung des Autors schon aus dem Grunde wünschenswert, weil bei allen psychologischen Versuchen, und insbesondere bei Apperzeptionsprozessen, es immer angestrebt werden muß, die möglichst günstigsten Bedingungen anzuwenden.

Gegen die Arbeit können Bedenken nicht unterdrückt werden. Die einfache Parallelsetzung von Konzentration und Spannung erscheint untunlich, die Organisation von Haupt- und Nebenaufgaben in der Versuchsanordnung unglücklich, die begriffliche Bestimmung von Aufmerksamkeit, Apperzeption und ihre Beziehungen zur Abstraktion unklar. Eine eingehende Besprechung gibt *Seifert* (Arch. f. d. ges. Psychol. 31, 49).

Die wichtige Arbeit *Ranschburg*s (333) über die Wechselwirkung gleichzeitiger Reize kann aus Raumrücksichten nur genannt werden, ebenso das Buch *Benussi*s über die Zeitwahrnehmung (57) und *Bühler*s umfassende Arbeit über die Gestaltunternehmungen (108). Ein Thema aus dem letzteren, über das der Autor schon an



anderer Stelle berichtet hatte, ist im Vorjahre referiert worden. Von den Gestaltsqualitäten handelt auch *Ackerknecht* (8).

Zur Psychologie des Gedächtnisses liegt das ausgezeichnete zusammenfassende Buch *Offners* (314) in neuer Auflage vor. *G. E. Müller* bringt in dem 3. Band seines großen Werks (309) Zusammenfassendes, Kritisches, aber auch Ergebnisse neuer Versuche. Besonders aktuell sind die Kapitel über Erinnerungsgewißheit und die undeutlichen Vorstellungsbilder. Die Kritik der modernen „Denkpsychologie", welche hier gegeben wird, erscheint jedoch nicht ganz zulänglich.

Eine wichtige Frage der Gedächtnispsychologie behandelt *Aall* (1). Es handelt sich um die Unterscheidung eines von ihm sogenannten Gelegenheits- und Lebensgedächtnisses. Er meint damit den Unterschied des Lernens bzw. Behaltens zu einem bestimmten Zweck und Zeitpunkt (Examen usw.) und einem solchen für die Dauer.

Aall kommt auf Grund seiner Experimente zu folgenden Anschauungen: Er glaubt nach seinen Versuchen, daß es für das Behalten der Eindrücke wesentlich sei, ob uns die reproduktive Verwertung der Eindrücke etwas mehr als eine vorübergehende oder gar völlig gleichgültige Angelegenheit bedeutet. Vielleicht liege es schon an der Einprägung, daß ein kurzsichtiges Lernen der betreffenden Inhalte von geringerer Dauerwirkung als ein langsichtiges Lernen ist. Jedenfalls seien deutliche Anzeichen vorhanden, daß es einen Gedächtnisverlust bezeichnet, wenn zu einer bestimmten Zeit die Vorstellung in uns Raum gewinnt, daß an dem Aufbewahren des Inhalts hinfort nichts gelegen ist. Nach seinen Versuchen meint Verfasser, dieses Gesetz für den Fall als gültig nachgewiesen zu haben, wo diese Selbstentlastung des Gedächtnisses an dem nächstfolgenden Tag stattfindet. Das Problem, das *Aall* aufwirft, ist interessant. Es ist jedoch sehr schwierig, entsprechende Versuche wirklich einwandfrei durchzuführen.

Interessante, auch für psychopathologische Fragestellungen wichtige Ausführungen über Schreibfehler macht *Stoll* (372) auf Grund besonderer Untersuchungen.

Die beim Abschreiben von Texten vorkommenden Fehler sind Auslassungen von Zeilen, Worten, Wort- und Buchstabenteilen, Fälschungen von Wort- oder Wortteilen, Zusätze von Worten, Wort- oder Buchstabenteilen und Umstellungen von Worten im Satze oder Lauten im Worte.

Beim Abschreiben sinnvoller Texte stehen die Auslassungsfehler der Zahl nach an erster, die Fälschungen an zweiter Stelle. Zusätze sind seltener, Umstellungen am seltensten.

Beim Abschreiben sinnloser (vom Schreiber nicht verstandener) Texte kommen nur Fälschungen, Auslassungen, Zusätze und Umstellungen innerhalb eines Wortes vor; die Fälschungen sind hier die weitaus häufigste Fehlerart. Auslassungen und Zusätze sind weit seltener, Umstellungen am seltensten.

Die beim Abschreiben vorkommenden Schreibfehler lassen sich auf die größere Sprachgeläufigkeit, die *Ranschburg*sche Hemmung gleicher und ähnlicher Elemente, die Perseveration, welche als Vor- und Nachwirkung auftritt und auf reproduktive Nebenvorstellungen als ihre psychologischen Ursachen zurückführen.



Es können auch zwei oder mehrere der genannten Fehlerursachen bei der Entstehung eines Fehlers zusammengewirkt haben.

Die Fälschungen innerhalb des Wortes beim Abschreiben sinnloser Texte bestehen fast ausnahmslos in der Substitution eines anderen, dem berechtigten entweder optisch oder akustisch ähnlichen Buchstabens oder Lautes.

Die Substitution eines optisch oder akustisch ähnlichen Zeichens beim Abschreiben sinnloser Texte sowie die Substitution sinn- oder bedeutungsähnlicher Worte beim Abschreiben sinnvoller Texte erfolgt meistens in der Richtung der größeren Sprachgeläufigkeit.

Die Auslassung von Worten innerhalb des Satzes (in sinnvollen Texten), von Lauten innerhalb des Wortes und auch von Buchstabenteilen erfolgt meistens dann, wenn benachbarte Teile des Satzes funktionsähnlich, benachbarte Worte oder Wortteile einander gleich oder optisch oder akustisch ähnlich sind. Die Auslassung betrifft dann eines dieser mehrfach vorhandenen gleichen oder ähnlichen Elemente und ist bedingt durch *Ranschburg*sche Hemmung.

Die im Satze infolge *Ranschburg*scher Hemmung ausgelassenen Worte sind meist für den Sinn des Satzes ohne Bedeutung.

Innerhalb des Wortes erfolgt die Auslassung im Sinne der *Ranschburg*schen Hemmung am leichtesten, wenn durch die Auslassung des Wortteiles wiederum ein sinnvolles Wort entsteht.

Häufig ist das durch *Ranschburg*sche Hemmung erzeugte sinnvolle Fehlwort zugleich sprachgebräuchlicher als das Textwort, vermutlich deshalb, weil auch in der sprachgeschichtlichen Entwicklung der Ausfall einzelner Laute eine Folge *Ranschburg*scher Hemmung ist.

Die *Ranschburg*sche Hemmung kann sich auch in der Weise geltend machen, daß an die Stelle eines der gleichen oder ähnlichen Elemente des Wortes oder Satzes ein anderes gesetzt wird. Das substituierte Element ist dann in der Regel dem verdrängten benachbart oder ähnlich, oder es ist sprachgeläufiger als dieses. Im letzteren Falle ist die *Ranschburg*sche Hemmung als die primäre Fehlerursache, die größere Sprachgeläufigkeit als die sekundäre Fehlerursache aufzufassen.

Die Vor- und Nachwirkung unter den Schreibfehlern geht aus von dem im visuellen Wortbild dominierenden Buchstaben oder den im akustischen und sprachmotorischen Wortbild dominierenden Lauten oder ist eine (auf sprechmotorisch-akustischer Grundlage erfolgende) Analogiebildung.

Alle Arten von Vor- und Nachwirkung lassen sich als Perseverationen auffassen.

Durch die Vorwirkung der im Wortbilde dominierenden Elemente entstehen häufig Umstellungen, durch Vorwirkung der langen Buchstaben auch Auslassungen mittelzeiliger Elemente.

Zusätze von Worten im Satze und von Lauten im Worte sind meist Perseverationen.

Auch ein Teil der Fälschungen, hauptsächlich jene Substitutionen, die primär durch *Ranschburg*sche Hemmung bedingt sind, haben Perseverationen zur sekundären Fehlerursache.



Durch Analogiebildungen zu benachbarten Worten oder Silben werden auch Auslassungen von Wort- oder Silbenteilen erzeugt.

Die Umstellungen von Worten im Satze und ein Teil der Umstellungen innerhalb der Worte sind bedingt durch die größere Sprachgeläufigkeit der falschen Wort- oder Buchstabenstellung.

Die beim Abschreiben sinnloser Texte auftretenden Fälschungen sind bei manchen Versuchspersonen überwiegend akustischer, bei anderen überwiegend visueller Art. Das überwiegende Auftreten der Fehler der einen oder anderen Art hängt mit dem Vorstellungstypus des Abschreibenden zusammen.

Auch die Vor- und Nachwirkungen (Perseverationen) zeigen bei den einzelnen Versuchspersonen einen Zusammenhang mit dem Vorstellungstypus. Bei den einen kommen überwiegend Perseverationen vor, welche durch die im visuellen Wortbild dominierenden Elemente bedingt sind, bei den anderen überwiegen Perseverationen infolge der Dominanz akustischer Elemente des Wortes oder infolge akustisch-sprechmotorischer Analogiebildung. Die erstere Art der Perseveration verrät den visuellen, die andere den akustisch-motorischen Wortvorstellungstypus der Abschreibenden.

Nach *Stolls* Ansicht haben es seine Versuche wahrscheinlich gemacht, daß ein großer Teil der in schriftlichen Überlieferungen vorliegenden Textvarianten als Schreibfehler anzusehen sind.

Die Methode des Orthographieunterrichts müsse auf Verdeutlichung der akustischen, sprechmotorischen und visuellen Wortbilder Bedacht nehmen, das Buchstabieren pflegen und auf das etymologische Verständnis der zu schreibenden Worte hinarbeiten.

Zur Frage der Intelligenzprüfungsmethoden liegen besonders Arbeiten zur Verwertung der *Binet- Simon*schen Staffelmethode vor. *Bobertag* (80. 81) hat das Verfahren deutschen Verhältnissen angepaßt und erprobt. Hierzu auch *Chotzen* (115) und *Bloch* und *Preiß* (77).

Eine Reihe wichtiger Arbeiten über den Ausdruck von Gefühlsvorgängen liegen vor. So hat *Gregor* (186) Beobachtungen über das psychogalvanische Reflexphänomen unter psychologischen Gesichtspunkten angestellt. Die von ihm angewendete Methode widmete den Elektrodenverhältnissen die gebührende Sorgfalt. Es wurden mannigfache psychische Reize angewendet, insbesondere auch neben den experimentell gesetzten natürlich auftretende und länger dauernde besondere Affektlagen ausgenutzt. Selbstbeobachtungen wurden in systematischer Weise angestellt und verwertet. *G.* faßt seine Ergebnisse in folgenden Sätzen zusammen:

Empfindungen von differenter Gefühlsbetonung sind von qualitativ gleichen psychogalvanischen Reaktionen begleitet, und zwar gilt dieser Satz sowohl für die durch epi- wie endosomatische elektromotorische Kräfte bedingten Schwankungen.

Ausgesprochene psychogalvanische Reaktionen sind auch im Gefolge von Reizen, die Empfindungen mit indifferenter Gefühlsbetonung auslösen, zu beobachten.



Die Intensität der durch den Reiz ausgelösten affektiven Erregung bzw. der veranlaßten intellektuellen Inanspruchnahme findet wenigstens bei Anwendung starrer Elektroden in der quantitativen Seite der Reaktion einen Ausdruck.

Eine willkürliche Verstärkung oder Abschwächung der psychogalvanischen Reaktion ist Versuchspersonen, die mit der Verhaltungsweise von Simulanten größtenteils vertraut waren, niemals gelungen. Eine reine Durchführung derartiger Versuche macht die Verwendung flüssiger Elektroden erforderlich.

Aktuelle Affekte können unter Verwendung von starren Elektroden einen sehr ausgesprochenen elektromotorischen Ausdruck finden, und zwar ergaben sich für Erregungs- und Spannungszustände besonders charakteristische Kurvenformen, an deren Zustandekommen die Tätigkeit der Schweißdrüsen wesentlich beteiligt ist.

Zwischen dem Ausdruck aktueller und reproduktiv ausgelöster Affekte bestehen quantitative Übergänge. Die Qualität des reproduzierten Affektes kommt im Kurvenbild nicht zum Ausdruck.

Das Studium der psychischen Bedingungen der Reaktion ließ nachstehende Beziehungen erkennen:

Geistige Ermüdung bewirkt eine Herabsetzung der Reaktionsfähigkeit. Im Affekte sind psychogalvanische Reaktionen auf äußere Reize vermindert oder fehlen ganz. Als Ursache hierfür kommen bei Verwendung flüssiger Elektroden physiologische und psychologische Momente in Betracht. Bei starren Elektroden ist hierbei das Auftreten deutlicher psychogalvanischer Reaktionen auch physikalisch erschwert.

Bei Wiederholung eines Reizes erfolgt eine individuell verschieden rasch eintretende und anhaltende Verminderung der psychogalvanischen Reaktion, welche auf einer Abstumpfung der affektiven Wirkung des Reizes beruht.

Gregor hat auch — in Gemeinschaft mit *Gorn* (184) — an psychisch Erkrankten unter analogen Gesichtspunkten Versuche über das psychogalvanische Phänomen angestellt. Die Autoren geben im wesentlichen folgende Zusammenfassung ihrer Resultate:

Die Untersuchung eines ausgedehnteren pathologischen Materials hat zunächst eine Vertiefung der Kenntnisse über die Bedingungen des psychogalvanischen Phänomen ergeben. Sie zeigt einen Mangel oder stärkere Reduktion der psychogalvanischen Reaktionen in Fällen, in denen eine dauernde gemütliche Stumpfheit oder temporäre Affektlosigkeit vorlag. Ferner war das Phänomen dann zu vermissen, wenn die vom Reiz ausgehende affektive Erregung durch äußere oder innere Ursachen in ihrer Entwicklung gestört war. Von inneren Ursachen waren in diesem Sinne insbesondere jene wirksam, die eine geringe Intensität des durch den Reiz ausgelösten Eindrucks zur Folge hatten: Mangelnde Konzentration des Individuums, Erschöpfung seiner psychischen Energie bei schweren Krankheitsprozessen, anderweitige (etwa krankhaft bedingte) Affekte. Die innigen Beziehungen zwischen Affektivität und psychogalvanischen Reaktionen traten besonders deutlich bei den Melancholikern hervor. Von diesen zeigten namentlich jene deutliche Reaktionen, bei denen gelegentlich auch spontan mehr oder weniger lebhafte Affekte

in Erscheinung traten, während in affektlosen Krankheitsperioden keine Reaktionen auslösbar waren.

Eine Steigerung der psychogalvanischen Reaktion war in Rechenversuchen bei Zuständen psychischer Hemmung nachzuweisen, in denen die geistige Verarbeitung vom Eindruck erschwert war und einfache Rechenoperationen anstrengende und konzentrierte Denkarbeit erforderten. Bei differenten Krankheitsprozessen war eine differente Ansprechbarkeit auf Reize nachzuweisen. Gegensätzlich standen sich namentlich die gemütliche Stumpfheit und die psychische Hemmung gegenüber. Im ersten Falle fand sich ein Überwiegen der Schmerzreaktion über die Rechenreaktion, im zweiten ein relativ kleines psychogalvanisches Phänomens auf Schmerzreize. Auch traten Beziehungen der Reaktion zum Inhalt verwendeter Reizworte hervor.

Ein Zusammenhang zwischen intellektueller Entwicklung und Art und Größe des psychogalvanischen Phänomens besteht nicht. Den quantitativen Veränderungen der psychogalvanischen Reaktion ist die öfters beobachtete, abnorm rasche Erschöpfbarekit derselben in aufeinanderfolgenden Versuchen zuzuzählen. Daneben konnten auch qualitative Veränderungen des Phänomens festgestellt werden.

Die Ruhekurve zeigte für verschiedene affektive Zustände des Falles charakteristische Verlaufsformen. In allen Fällen waren die quantitativen Veränderungen der psychogalvanischen Reaktionen auf psychische Ursachen zurückzuführen. Die stets erwogene Möglichkeit von Störungen in der Projektion, in dem Sinne, daß vorhandene oder ausgelöste affektive Erregungen von einiger Lebhaftigkeit keinen Ausdruck im psychogalvanischen Phänomen finden, schien in den sich auf alle Altersstufen erstreckenden Versuchen nicht verwirklicht. Für die Größe des psychogalvanischen Phänomens sind auch individuelle Momente von Bedeutung. Komplikationen durch abnormen Hautwiderstand sind leicht kontrollierbar. Als Komplexreaktion kommen neben oder statt des psychogalvanischen Phänomens auch durch motorische Effekte des Reizes bedingte Saitenschwankungen in Betracht.

Die speziellen Befunde bei den einzelnen Krankheitsformen fassen die Autoren in folgenden Sätzen zusammen:

Der psychischen Hemmung bei der Katatonie geht eine Verminderung des psychogalvanischen Phänomens parallel, welche mit dem motorischen Verhalten in indirektem Zusammenhang steht. Mit Lösung des katatonen Stupors erfolgt bei benignem Krankheitsverlauf eine Änderung der Ruhekurve und eine Zunahme der Reaktionen. Progrediente schwere Fälle von Katatonie zeigten Mangel psychogalvanischer Reaktion. Bei terminalen Fällen war, soweit gemütliche Verödung bestand, konstantes Fehlen der Reaktionen zu beobachten.

Bei transitorischen (psychogenen) Stuporzuständen im Verlaufe der Katatonie waren normale Reaktionen auszulösen.

In einem leichten Falle von Hebephrenie war eine Zunahme der Reaktionsfähigkeit mit fortschreitender Besserung zu verfolgen. Terminale Fälle mit gemütlichen Defekten zeigten Mangel psychogalvanischer Reaktionen. Akute Fälle boten dem wechselnden Bewußtseinszustande entsprechend in verschiedenen Zeiten verschiedene Reaktionen, wobei das Überwiegen der Schmerzreaktion hervor-



trat. Im Zustande hebephrener Erregung von hypomanischem Charakter war ein Fehlen der Reaktion auffällig.

Beim angeborenen Schwachsinn fanden sich gerade auf den niedersten Stufen (Imbezillität, Idiotie) Reaktionen von normaler Größe.

Unter den Epileptikern zeigten gemütsstumpfe Individuen kleine oder fehlende Reaktionen. Im übrigen waren auch in dieser Gruppe bei Dementen normale Reaktionen zu finden.

Bei der Paralyse traten deutliche Beziehungen der Reaktionsweise zu gemütlichen Funktionen hervor. Individuen mit hochgradiger Gemütsstumpfheit ließen konstant psychogalvanische Reaktionen vermissen und ergaben auch eigenartige Ruhekurven. Ein normales psychogalvanisches Phänomen fand sich nur bei Paralytikern in der Remission und bei einem jugendlichen Falle mit erhaltener gemütlicher Erregbarkeit. In der paralytischen Erregung von hypomanischem Gepräge waren Reaktionen zu vermissen.

Beim manisch-depressiven Irresein konnten auf der Höhe der depressiven Phase im affektlosen Stupor lineare, horizontale Ruhekurven und mangelnde oder stark reduzierte Reaktionen festgestellt werden. Mit Besserung des Zustandsbildes erfolgte in beiden Richtungen eine Rückkehr zur Norm. Diese Änderung ging zuweilen der klinisch merklichen Besserung voran. Klinisch leichtere Fälle unterschieden sich auch in der Reaktionsweise von schwereren. In allen Fällen von Hypomanie fanden sich deutliche Reaktionen.

Psychasthenische Individuen zeigten auf der Höhe psychischer Erschöpfung eine starke Herabsetzung der Reaktionsfähigkeit mit Beginn der Erholung normale Reaktionen. Die Untersuchung legt nach Ansicht der Autoren eine klinische Verwertung der Aufnahme des psychogalvanischen Phänomens nach folgenden Richtungen nahe:

Zur Beurteilung der Auffassung und Verarbeitung von Eindrücken bei stuporösen Patienten oder unzugänglichen Individuen; zur Unterscheidung benigner psychasthenischer Hemmung von ähnlichen Zuständen im Verlaufe progredienter Krankheitsprozesse; zur objektiven Charakterisierung affektiver Zustände und als Kriterium für die affektive Erregbarkeit; zur prognostischen Beurteilung des Verlaufes einzelner Psychosen (Melancholie, Katatonie); zur Unterscheidung der hypomanischen von der paralytischen oder hebephrenen Erregung; als Untersuchungsmethode beim Verdachte der Simulation.

Versuche über das galvanische Reflexphänomen hat auch *Leva* (Über einige körperliche Begleiterscheinungen psychischer Vorgänge mit besonderer Berücksichtigung des psychogalvanischen Reflexphänomens) (268) angestellt. Er zieht aus seinen Beobachtungen den Schluß, daß das psychogalvanische Reflexphänomen an die Schweißdrüsen gebunden ist. Andererseits kann die wichtige Tatsache gefolgert werden, daß unsere Schweißdrüsen nicht nur in Tätigkeit sind, wenn es zu deutlich erkennbaren Schweißausbrüchen kommt; sondern daß auch bei einfachen psychischen Vorgängen ähnliche Änderungen der Schweißdrüsentätigkeit stattfinden, wie sie am Gefäßsystem beobachtet werden.



Über die physikalisch-chemischen Vorgänge beim psychogalvanischen nomen berichtet *M. Gildemeister* (178).

Einige plethysmographische, pneumographische, sphygmographische Unterhungen liegen vor. Genannt sei die Arbeit von *W. Westphal* (401) wegen des thodischen Gedankens, den Reaktionsversuch mit Ausdrucksmethoden zu binden.

Die Ergebnisse sorgfältiger plethysmographischer Untersuchungen Dementia-praecox-Kranken veröffentlicht *Küppers* (263). Nach seinen ıgaben wurde in einem erheblichen Prozentsatz der untersuchten Kranken von 14) mittels des Armplethysmographen ein Symptom nachgewiesen, das ; „reaktive Volumstarre" bezeichnet werden kann und sich in der Volumkurve s Arms in charakteristischer Weise äußert.

Die wesentliche zentralnervöse Vorbedingung der Erscheinung scheint eine auernde Hemmung des Vasomotorenzentrums zu sein.

Der zugrunde liegende krankhafte zentrale Prozeß zeigt in seinen körperchen Äußerungen weitgehende Übereinstimmung mit einem Zustand des nornalen Seelenlebens, nämlich mit der gespannten Erwartung.

Zusammenfassendes über „Übung und Ermüdung" bringt ein Artikel des Handwörterbuchs der Naturwissenschaften (234).

Interessantes zur Ergographie bringen die Arbeiten von *Rose* (342) und *Trüschel* (388).

Von der Natur der menschlichen Sprachlaute handelt *Jaensch* (235). Er benutzte — mit unwesentlichen Modifikationen — eine Versuchsanordnung, die *Otto Weiß* zur Demonstration von Schallphänomenen des Herzens verwendet hat. Das Prinzip des Verfahrens ist die Hervorrufung von Schallphänomenen in einem Telephon durch wechselnde Belichtung (Widerstandsänderungen) einer in den Stromkreis des Telephons eingeschalteten Selenzelle. *Jaensch* bewirkte Belichtungswechsel der Selenzelle durch Rotieren von Scheiben vor der Lichtquelle. In den Rand der Scheiben schnitt er Wellenformen verschiedener Art (Sinusschwingungen gleicher und verschiedener Wellenlänge). Er fand nun, daß Sinusschwingungen gleicher Wellenlänge einen Ton, Sinusschwingungen verschiedener Wellenlänge ein Geräusch erzeugten. Veränderte er die Kurvenform systematisch, so ging das Schallphänomen kontinuierlich von einem reinen Ton in einen Klang mit Vokalcharakter, von da in ein Geräusch über. Daraus schließt *J.*, daß ein Vokal dann entstünde, wenn unser Ohr in raschem Wechsel von Sinusschwingungen getroffen würde, deren Wellenlänge nur wenig verschieden ist. Soll also ein Ton in einen Vokal übergeführt werden, so muß der Schallkurve auf irgendeine Weise die Eigenschaft der Periodizität genommen, d. h. die Schallkurve in der Richtung auf die Geräuschkurve hin verändert, der letzteren angeglichen werden. Diese und andere theoretische Ausführungen der interessanten Arbeit sind nicht ohne Widerspruch hinzunehmen.

Über die Beziehungen zwischen Kinästhesie und Rhythmuswahrnehmung hat *Ruckmich* (345) interessante Ausführungen auf Grund von Experimenten gemacht.



Zur Psychologie des Denkens liegen umfassende Ausführungen von *Selz* (360) vor.

Hier wären auch die programmatischen Ausführungen *Husserls* (227) zur Phänomenologie zu nennen, wie das von diesem herausgegebene Jahrbuch.

Über Ethik handelt ein kleines populäres Buch von *Wentscher* (399), über Hypnose ein brauchbares Büchlein von *Trömner* (387), in die Psychoanalyse *A. Adlers* führt ein zusammenfassender Aufsatz von diesem gut (13) ein.

---

2. Gerichtliche Psychopathologie.

Referent Karl Wendenburg-Bochum.

I. Allgemeine gerichtliche Psychiatrie.

1. *v. Hentig, H.* (München), Zur Frage der Verhandlungsfähigkeit. Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtswesen, 10. Jahrg., S. 463. (S. 45*.)
2. *Hübner, A. H.* (Bonn), Lehrbuch der forensischen Psychiatrie. Bonn 1914, A. Marcus u. E. Webers Verl. (Dr. jur. Alb. Ahn). 1066 S. (S. 43*.)
3. *Leers, O.* (Essen), Gerichtsärztliche Untersuchungen. Berlin, J. Springer. 162 S. 4 M.
4. *Lochte, Th.* (Göttingen), Über die Zukunft der gerichtlichen Medizin in Preußen. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 13, S. 269.
5. *Oppermann*, Die Aufgabe des ärztlichen Gutachtens. Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. S. 229. (S. 43*.)
6. *Raecke*, Zur Intelligenzprüfung nach der *Binet-Simons*schen Methode. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 14. (S. 45*.)
7. *Reimann, E.*, Zur Einführung in die forensische Psychiatrie. Wien. klin. Wschr. Bd. 26, S. 1987.
8. *Siebert, Chr.*, Über psychiatrische Gutachten vor Gericht. Petersb. med. Ztschr. Nr. 1. (S. 45*.)
9. *Straßmann*, Zur Frage der Verhandlungsfähigkeit. Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. 10. Jahrg., S. 686. (S. 45*.)
10. *Vorkastner, W.* (Greifswald), Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. Aus der Literatur



des Jahres 1912 zusammengestellt. Halle, C. Marhold. 51 S. 1 M. (S. 45*.)

11. *Ziemke, E.* (Kiel), Der Ritualmord in Kiew und die ärztlichen Sachverständigen. Deutsche med. Wschr. Nr. 42. (S. 44*.)

Die Hochflut der forensisch-psychiatrischen Literatur, welche durch die Strafprozeßnovelle und die Vorentwürfe zu den Strafgesetzbüchern verschiedener Länder erzeugt war, ebbt allmählich ab. Auch die Beziehungen zwischen Fürsorgeerziehung und Psychiatrie sind durch ausgedehnte Untersuchungen klargestellt und der eine Zeitlang recht hochgehende Strom der schriftstellerischen Produktion fließt wieder ruhiger in seinem Bette dahin. Trotzdem fehlt es auch in diesem Jahre nicht an zahlreichen, guten Einzelarbeiten. Namentlich in Frankreich, wo das alte Irrengesetz von 1838 durch einen neuen Gesetzentwurf abgelöst werden soll, regen sich die Federn. In Deutschland, Österreich und der Schweiz ist es stiller geworden und da der geforderte Entwurf einer gesetzlichen Regelung des Irrenwesens in Preußen noch nicht erschienen ist, fehlt es der Kritik an Material. Besonders wenig Arbeiten lagen dies Jahr aus dem Gebiete der Militärpsychiatrie vor. Es ist zu hoffen, daß diese Erscheinung nur vorübergehend ist und daß der Rückgang der früher so zahlreichen Arbeiten auf diesem Gebiet mit der Einrichtung militärischer Beobachtungsstationen nichts zu tun hat, durch welche dem Gros der Psychiater die Begutachtung von Militärpersonen entzogen ist.

Ein stattliches Lehrbuch der gerichtlichen Psychiatrie hat *A. H. Hübner* (2) herausgegeben. Es ist rund 1000 Seiten stark und verdankt diesen, für das Lehrbuch eines Zweiges unserer Spezialwissenschaft nicht gewöhnlichen Umfang der Tatsache, daß neben dem Straf- und Zivilrecht in seiner ganzen Ausdehnung auch das Disziplinarrecht, die Militärstrafgesetzgebung und die Versicherungsgesetze in ihren Beziehungen zur Psychiatrie geschildert sind. Als vor etwa 20 Jahren *Cramers* gerichtliche Psychiatrie erschien, war es ein Büchlein noch nicht zwei Finger stark. Ein Vergleich mit dem *Hübner*schen Buch zeigt recht deutlich, wie sehr der Kreis der psychiatrischen Aufgaben in foro sich erweitert hat und wieviel größer und schwieriger die Aufgaben sind, welche dem Gerichtsarzt heute gestellt werden. Denn das *Hübner*sche Buch bringt trotz seiner Stärke nur Notwendiges und Wissenswertes und dies in klarer und verständlicher Form. Die illustrierenden Beispiele aus der Praxis sind knapp, kurz und treffend, die Gesetzesparagraphen und ihre Erläuterungen recht vollständig. Die Einleitung bildet ein kurzer Abriß der Psychopathologie, in dem auch kurz die hauptsächlichsten und für den Gerichtsarzt wichtigen Obduktionsbefunde gestreift werden. Am Schluß findet sich ein sorgfältiges Namen- und Sachregister.

Einen schönen Aufsatz über die Aufgaben des ärztlichen Gutachtens bringt *Oppermann* (5). Er skizziert die rechtlichen Grundlagen des ärztlichen Gutachtens im Straf-, Zivil- und Versicherungsrecht und betont für die Praxis namentlich die Notwendigkeit der sachverständigen Beobachtung von Einzelsymptomen der Krankheit durch den Arzt, die wichtiger ist als eine scharfe Diagnose, denn der Richter urteilt nicht nach der Diagnose, sondern auf Grund angeführter, einzelner Tat-

sachen, aus denen sich z. B. Geschäftsunfähigkeit, Unfähigkeit der freien Willensbestimmung oder Arbeitsunfähigkeit juristisch ableiten läßt. Die Diagnose gewinnt für die forense Tätigkeit nur dann Wert, wenn sich aus ihr zugleich die Prognose ableiten läßt. Dies kommt namentlich in Frage, wenn es sich um Dauerzustände handelt, also vor allem bei Entmündigungen oder Rentenansprüchen, die dauernde Geschäftsunfähigkeit oder dauernde Erwerbsunfähigkeit voraussetzen. Der Artikel ist namentlich für alle Ärzte lesenswert, die sich in die forensische und Gutachtertätigkeit einarbeiten wollen.

W. M. Bechterew (11), der hervorragendste Sachverständige für „psychiatrisch-psychologische" Fragen in dem bekannten Kiewer Ritualmordprozeß, schildert die eigenartigen Aufgaben, die die Sachverständigen in diesem Prozesse zu lösen hatten. Bekanntlich ist dieser Prozeß zum guten Teil deshalb zustande gekommen, weil der vom Untersuchungsrichter zur Meinungsäußerung aufgeforderte Psychiater Prof. *Sikorski* sein Gutachten dahin abgegeben hat, daß der Mord an dem Knaben Juschtschinski weder von einem Geisteskranken noch von einem Perverssexuellen, sondern von mehreren Juden zu rituellen Zwecken begangen worden ist. Nach Prof. *Sikorski* zeigten die Mörder, die von vornherein nicht nur auf Blutgewinnung (zu Ritualzwecken), sondern auf Marterung und Tötung ihres Opfers ausgegangen waren, bei ihrem planmäßigen Vorgehen große Sachkenntnis und Kaltblütigkeit („kalte herzlose Arbeit"), da sich die Anklage auf ein psychiatrisches Gutachten stützte, mußten auch bei der Verhandlung Psychiater als Sachverständige gehört werden. Sie wurden unter anderem auch darüber befragt, ob sie die Nationalität und den Beruf der Mörder bestimmen könnten, ob der Mord in Ruhe ausgeführt wurde, ob Zeichen religiöser Motive der Tat vorhanden sind. In der vorliegenden Abhandlung bringt *Bechterew* die Sektionsprotokolle, die Gutachten des Prof. *Sikorski* und des Mönchs Ambrosius (dieser weiß aus eigener Kenntnis nichts auszusagen, hat aber gehört, daß die Juden Christenblut zu verschiedenen rituellen Zwecken brauchen) und motiviert seine eigenen vor Gericht gemachten Aussagen. Auf diesem Prozeß ist wohl zum erstenmal der Versuch einer psychologischen Begutachtung gemacht worden. Verf. zeigt aber, wie schwer solche Grenzen für einen Sachverständigen einzuhalten sind. *Bechterew* gibt eine Darstellung der hirnanatomischen Verhältnisse und schließt aus dem Sektionsbefunde, der in keiner Weise dem Ritualschema entspricht, daß hier keinerlei Anhaltspunkte für religiöse Motive der Mörder vorliegen, daß die Art der Mordausführung die für Zwecke der Blutgewinnung denkbar ungeeigneteste ist, daß von einem ruhigen, kaltblütigen und planmäßigen Vorgehen keine Rede sein kann. Verf. bestreitet auch, daß eine Marterung des ermordeten Knaben stattgefunden hat, da die Bewußtlosigkeit gleich nach den ersten Verwundungen eingetreten war. Nichts spricht auch dafür, daß die Mörder irgendwelche anatomische Kenntnisse besessen haben. Natürlich bestreitet *B.* die Möglichkeit, etwas über die Nationalität des Mörders auszusagen.
(*Fleischmann*-Kiew.)

Karpinski (11), der ebenfalls dem Kiewer Ritualmordprozesse als Sachverständiger beigewohnt hat, erörtert die Frage der Zweckmäßigkeit einer „psychologisch-psychiatrischen" Begutachtung. Bei der Wichtigkeit, die hier der Bestim-



mung des Zeitpunktes des Bewußtseinsverlustes beim Knaben Juschtschinski beigemessen werden mußte, konnten Spezialkenntnisse der Psychiater und Nervenärzte sehr wohl verwertet werden. Von einer psychologischen Expertise konnte in diesem Prozesse aber schon deshalb kaum die Rede sein, weil die Psychiater an den meisten Verhandlungstagen „dispensiert" waren und sie ihr Gutachten hauptsächlich auf Grund der Sektionsprotokolle und der früheren Begutachtungen abgeben mußten. Auch in einer anderen Beziehung war die Lage der als Sachverständige vorgeladenen Psychiater sonderbar. Gewöhnlich befassen sich solche Sachverständige mit der Persönlichkeit des Angeklagten. Hier gab es nur einen Angeklagten, und von keiner Seite wurden Zweifel an seiner geistigen Intaktheit geäußert. Die Psychiater hatten also eine gerichtlich-psychopathologische Analyse der Tat zu geben, während diese Analyse in gar keinen Zusammenhang mit der Persönlichkeit des Angeklagten gebracht werden konnte. Es fehlte also die Hauptgrundlage eines psychologischen Gutachtens. (*Fleischmann*-Kiew.)

Auch *Ziemke* (11) protestiert lebhaft dagegen, daß in diesem Prozeß ärztliche Sachverständige die Grenzen verlassen haben, die ihnen durch Beruf und Wissenschaft gezogen sind. Die Leistungen der russischen Psychiater und Gerichtsärzte, die Z. anführt, muten in unserer Zeit geradezu ungeheuerlich an. Sie scheinen aber in Rußland nichts allzu Seltenes zu sein, denn auch *Siebert* (8) klagt sehr über wenig sachverständig abgefaßte Gutachten der russischen Ärzte.

Bei der forensischen Beurteilung einer Persönlichkeit darf man sich immer nur auf das Ergebnis der vollständgen Untersuchung verlassen, aber niemals auf das Resultat einer einzelnen Untersuchungsmethode. *Raecke* (6) warnt mit vollem Recht vor solchen Auffassungen, wie *Bloch* sie hegt, der mit der *Binet*schen Intelligenzprüfungsmethode den Nachweis der verminderten Zurechnungsfähigkeit führen will.

Auf eine neue Möglichkeit der Verbrecher, sich der Verurteilung zu entziehen, weist *v. Hentig* (1) hin, das ist der Eintritt der Verhandlungsunfähigkeit. Er wünscht den Begriff und seine Anwendungsmöglichkeit genauer umschrieben zu sehen vor allem aber hält er die Möglichkeit der Verhandlung in Abwesenheit des Angeklagten für dringend notwendig, um solchen Fällen begegnen zu können, welche die öffentliche Meinung nicht mit Unrecht erregen.

Straßmann (9) korrigiert *v. Hentig* dahin, daß nicht psychiatrische, sondern körperliche Krankheitserscheinungen im Prozeß Eulenburg vorgelegen hätten, hält aber trotz dieses irrtümlichen Ausgangspunktes *v. Hentig*s Ausführungen im übrigen für durchaus begründet. Namentlich manche Fälle von Hysterie setzen der Verhandlungsfähigkeit große Schwierigkeiten entgegen und hindern oft jahrelang den Fortgang eines Prozesses. Wie ein mitgeteilter Fall zeigt, kann die Verhandlungsunfähigkeit des Angeklagten nicht nur verhindern, daß seine Schuld erwiesen und er verurteilt wird, es kann auch vorkommen, daß es unmöglich wird, die Unschuld eines Angeklagten zu erweisen, wenn eine Verhandlung durch fortgesetzte Krankheit unmöglich wird.

Vorkastner (10) hat in dankenswerter Weise auch die zwölfte Folge der wichtigen Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie zusammengestellt.



II. Psychiatrie und Strafrecht.

1. *Bonhoeffer*, *K*. (Berlin), Bemerkungen zur Frage der Einführung der verminderten Zurechnungsfähigkeit. Charité-Annalen Bd. 37.

2. *Charon*, *R*., et *Courbon*, *P*., Anormalité psychique et responsabilité relative. L'Encéphale no. 10, p. 315. (S. 48*.)

3. *Chemnitz*, Über Schnapsvergiftung vom forensischen Standpunkt mit besonderer Berücksichtigung der billigen, besonders schädlichen Ersatzmittel des Äthylalkohols. Friedreichs Bl. f. gerichtl. Med. S. 81.

4. *Dupré*, Condamnation pour vol d'un paralytique général avancé. L'Encéphale 1912, p. 376.

5. *Engelen*, *E*. (Zuptschen), Behandlung der sogenannten vermindert Zurechnungsfähigen. Jur.-psych. Grenzfr. Bd. 9, H. 1. (Verl. C. Marhold, Halle.)

6. *Grasset* (Montpellier), La responsabilité attenuée des inculpés. Question médico-sociale. Montpellier, Roumégons et Déhan. 96 f. (S. 48*.)

7. *Günther*, *Carl*, Die Zurechnnng im Strafrecht. 3. Aufl. Berlin u. Leipzig, Wattenbach. 96 S. 3 M.

8. *Hegar* (Wiesloch), Der Taubstumme als Zeuge vor dem Strafrichter. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 70, H. 3 u. 4, S. 554.

9. *Herold*, *E*., Zwei Fälle von Brandstiftung bei Hysterie und Imbezillität. Inaug.-Diss. Kiel. (S. 50*.)

10. *Jolly*, *Ph*. (Halle a. S.), Simulation von Geistesstörung. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 10, S. 214.

11. *Kahl*, *W*. (Berlin), Der Stand der europäischen Gesetzgebung über verminderte Zurechnungsfähigkeit. Jur.-psych. Grenzfr. Bd. 9, H. 1. Halle, C. Marhold.

12. *Kinberg*, *Olaf* (Stockholm), Über das strafprozessuale Verfahren in Schweden bei wegen Verbrechen angeklagten Personen zweifelhaften Geisteszustandes, nebst Reformvorschlägen. Jur.-psych. Grenzfr. Bd. 9, H. 2/4. Halle, C. Marhold. 152 S. 3,60 M. (S. 48*.)

13. *Lagriffe*, *Lucien*, Contribution à l'étude des attentats simulés. Du ligotage. Ann. méd.-psychol. 71. ann. 11° 3, p. 299.



14. *Maier*, *H. W.* (Burghölzli-Zürich), Die Behandlung der vermindert Zurechnungsfähigen im Entwurf zu einem schweizerischen Strafgesetzbuch von 1912. Schweizerische Ztschr. f. Strafrecht 26. Jahrg., H. 3. (S. 48*.)

15. *Marcuse*, *H.* (Herzberge), Ein Fall von Simulation. Med. Klinik Nr. 1.

16. *Meyer*, *E.* (Königsberg), Jugendliche und Zurechnungsfähigkeit. Recht u. Wirtschaft Jahrg. 2, Nr. 2, S. 51.

17. *Mezger*, *E.*, Die Klippe des Zurechnungsproblems. Jur.-psych. Grenzfr. Bd. 9, H. 1. Halle, C. Marhold.

18. *Pâris*, *A.* (Maréville), Paralysés généraux condamnés et incarcérés. Arch. intern. de Neurol. no. 3, p. 137. (S. 49*.)

19. *Pieper*, *A.*, Zur forensischen Beurteilung der Schwachsinnszustände. Diss. Kiel. (S. 50*.)

20. *Puppel*, *Richard*, Über Alkoholvergiftung vom gerichtsärztlichen Standpunkt. Friedreichs Bl. f. gerichtl. Med. S. 27.

21. *Reiter* (Bozen), Ein Fall von akuter Geistesstörung unter dem Eindruck der Schwurgerichtsverhandlung. Arch. f. Kriminalanthrop. u. Kriminalistik Bd. 52, H. 3—4, S. 332.

22. *Roesen* (Landsberg a. W.), Kasuistischer Beitrag zur Frage der forensisch-psychiatrischen Beurteilung der Heimwehverbrecherinnen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 70, H. 6, S. 975.

23. *Schäfer*, *F.* (Lengerich), Zur Zurechnungsfähigkeit und zur Trinkerbehandlung im künftigen deutschen Strafgesetzbuch. Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. 10. Jahrg., H. 7, S. 414. (S. 48*.)

24. *Schikoff*, *L.*, De la responsabilité des épileptiques. Inaug.-Diss. Genf.

25. *Schilling*, *Karl* (Berlin-Schöneberg), Ein Beitrag zur forensischen Beurteilung degenerativer Geisteszustände. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 9, S. 188.

26. *Schlue*, *B.*, Ein Beitrag zur Lehre von den epileptischen Verwirrtheitszuständen nebst ihrer forensischen Würdigung. Inaug.-Diss. Kiel.

27. *Schmid-Guisan*, *Hans* (Lausanne), Rapport médico-légal sur l'état mental d'un hysterique accusé de quinze attentats à la pudeur avec violence. Ann. méd.-psychol. 71, no. 1, p. 23.



28. *Seggelke, Karl*, Forensische Beurteilung der Remissionen im Verlauf der Dementia praecox. Inaug.-Diss. Freiburg.

29. *Strauß, A.*, Zur forensischen Beurteilung von Brandstiftung durch Geisteskranke. Diss. Kiel. (S. 50*.)

30. *Szalkowski, W.*, Beitrag zur forensischen Beurteilung des pathologischen Rausches. Inaug.-Diss. Kiel.

31. *Thormählen, M.*, Progressive Paralyse und ihre forensische Bedeutung. Inaug.-Diss. Kiel. (S. 49*.)

32. *Vossenberg, Heinrich*, Beitrag zur Lehre der Paranoia chronica persecutiva und ihrer forensischen Bedeutung. Inaug.-Diss. Kiel.

33. *Wassermeyer*, Zur Begutachtung bei Raubmord. Friedreichs Bl. f. gerichtl. Med. S. 1, 127. (S. 49*.)

34. *Weiler, Karl*, Mord im epileptischen Dämmerzustand. Friedreichs Bl. f. gerichtl. Med. S. 161. (S. 49*.)

35. *Weiler, Karl*, Mord. Triebhandlung bei Dementia praecox. Friedreichs Bl. f. gerichtl. Med. S. 364, 433. (S. 49*.)

36. *Weygandt, A.*, Begutachtung der Paralyse und Syphilis des Zentralnervensystems. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 47. Suppl. S. 2. (S. 49*.)

37. *Ziemke, E.*, Verminderte Zurechnungsfähigkeit. Realenzyklopädie d. ges. Heilk. S. 304. (S. 48*.)

Ziemke (37) hat die verminderte Zurechnungsfähigkeit für Eulenburgs Realenzyklopädie bearbeitet. Sein Artikel bringt Bekanntes.

Dem schwedischen Strafrecht machen die kriminellen Geisteskranken ähnliche Schwierigkeiten, wie bei uns unter dem geltenden Recht. *Olaf Kinberg* (12) hat in den juristisch-psychiatrischen Grenzfragen eine sehr eingehende Arbeit über das jetzige strafprozessuale Verfahren bei zweifelhaftem Geisteszustand in Schweden veröffentlicht, die eine Fülle von Material enthält. Er macht Abänderungsvorschläge, die im großen und ganzen auf dasselbe hinauslaufen, wie es die Vorentwürfe zu den Strafgesetzbüchern in den Ländern deutscher Zunge tun.

H. W. Maier (14) begrüßt den schweizerischen Entwurf des Strafgesetzbuches als einen Fortschritt. Namentlich die vermindert Zurechnungsfähigen werden in ihm recht zweckmäßig behandelt, einige Abänderungswünsche scheinen ihm noch erforderlich, besonders der Straferlaß bei Wohlverhalten und die Anrechnung der Zwangsbehandlung des Trinkers auf die Strafzeit.

Von französischen Arbeiten über die verminderte Zurechnungsfähigkeit sei hier auf die Arbeiten von *Charon* und *Courbon* (2) und *Grasset* (6) hingewiesen.

Schäfer (23) wünscht die Einführung des Begriffes der Zurechnungsfähigkeit in dem Vorentwurf zum Strafgesetzbuch, die Bestrafung öffentlicher



Trunkenheit und der Verführung Trunksüchtiger zum Alkoholgenuß. Der Unterbringung von Trunksüchtigen in Korrigendenanstalten zum Zwecke der Heilung muß er dagegen aufs schärfste widersprechen, obwohl er von einem Psychiater, *Delbrück*, ausgegangen ist.

Thormählen (31) bringt drei interessante Fälle von Sittlichkeitsverbrechen, Geschäftsunfähigkeit und Disziplinarvergehen infolge Paralyse. Der eine Fall wurde erst spät erkannt und es erfolgte zunächst Verurteilung und Strafverbüßung. Eine kurze, aber recht eingehende Arbeit *Weygandts* (36) schildert die bei der Begutachtung von Paralytikern und von Leuten mit Syphilis des Zentralnervensystems in bezug auf strafrechtliche Handlungen, Entmündigung, Eherecht, Vertragsanfechtung und Unfallgesetzgebung zu beachtenden Punkte. Notwendig ist immer der Nachweis einer qualifizierten Geistesstörung. Dieser ist oft nicht leicht, namentlich bei nachträglichen Begutachtungen post mortem, muß aber immer klipp und klar sein. Bei der Bejahung des Zusammenhangs von Unfall und Paralyse sei man zurückhaltend.

A. Pâris (18) schildert eine Reihe von Paralytikern, deren Krankheit übersehen war, und die deshalb verurteilt und in Haft genommen waren.

Wassermeyer (33) veröffentlicht zwei Gutachten über Raubmörder. Der erste Fall beweist wiederum, wie schwierig die Bewertung einer Amnesie ist, wenn der Täter schon oft vorbestraft und übel beleumundet ist und die Tat ihm zugetraut werden kann. Trotzdem betont *W.* mit Recht, daß im vorliegendem Fall mit großer Wahrscheinlichkeit ein Dämmerzustand, wahrscheinlich ein pathologischer Rausch vorgelegen hat. Das Gericht schloß sich dieser Ansicht an, die auch vom Medizinalkollegium geteilt war. Zutreffend wird im zweiten Gutachten zur Feststellung eines etwaigen Schwachsinns weniger Wert auf die Intelligenzprobe, der ja doch viele Fehlerquellen anhaften, gelegt, als auf die Lebensführung. (*Schultze.*)

Weiler (35) veröffentlicht ein ausführliches und lesenswertes Gutachten, in dem er eine Mordtat als die Triebhandlung eines an Dementia praecox leidenden Kranken dartut. Der Täter, der sich übrigens selbst ein Jahr nach der Tat der Staatsanwaltschaft stellte, gab sowohl schriftlich wie mündlich eine sehr ausführliche, erschreckend objektive Schilderung seiner Straftat. Von besonderer Bedeutung für die Begutachtung war der Nachweis der fehlenden Pupillenunruhe und der nur sehr geringen Pupillenerweiterung auf psychische Reize und Schmerzreize. Da andere organische Hirnerkrankungen auszuschließen waren, machte schon dieser Befund das Vorliegen von Dementia praecox wahrscheinlich; hierfür sprach auch die psychische Untersuchung. (*Schultze.*)

Ein eingehendes Gutachten veröffentlicht *Weiler* (34) über einen Epileptiker, der angeklagt war, seine Frau durch zwei bis auf die Wirbelsäule gehende Schnitte in den Hals getötet zu haben; er bestritt die Tat und behauptete, die Frau müsse sich durch einen Fall auf die Ofentür oder die Dreckschippe verletzt haben. Sehr bald tauchten Zweifel an seiner Zurechnungsfähigkeit auf, nicht sowohl wegen seiner Schilderung der kritischen Zeit und seines auffälligen Benehmens unmittelbar nach der Tat, als auch, weil er nach der Verhaftung einen epileptischen Anfall bekam. Die Anstaltsbeobachtung schloß die Unzurechnungsfähigkeit aus, vor allem, weil



Dämmerzustände bei dem Angeklagten niemals beobachtet seien und weil er eine genaue, wenn auch mehrfach wechselnde Schilderung der angeblichen Vorgänge gegeben habe. Zum entgegengesetzten Ergebnis führte das Gutachten des Verf., der den Täter fast zwei Monate in der Klinik beobachten konnte. Jedes annehmbare Motiv für die Tat fehlte, und der Angeklagte schilderte mehr wie ein Augenzeuge denn als ein Angeklagter die Tat, die seinem Inneren ganz fremd schien. Das Verfahren wurde eingestellt. (*Schultze.*)

Pieper (19) bespricht die verschiedenen Formen und Grade des Schwachsinns und berichtet über einen Imbezillen, der zwei Schweine erstochen hat, damit er sie nicht mehr zu füttern brauchte. Der Angeklagte wurde exkulpiert. *Strauß* (29), der einen psychopathischen Brandstifter schildert, gelangte dagegen zur Annahme, daß der Angeklagte zurechnungsfähig sei, weil sein Schwachsinn keinen besonderen Grad erreichte und nur etwa der verminderten Zurechnungsfähigkeit entsprechen würde. *Herold* (9) mußte das Vorliegen von Geisteskrankheit im Sinne des § 51 bei zwei hysterischen Brandstifterinnen feststellen.

III. Kriminalanthropologie und -psychologie.

1. *Aschaffenburg* (Köln a. Rh.), Degenerationspsychosen und Dementia praecox bei Kriminellen. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätsw. 1913, I. Suppl.
2. *Asnavourow*, *F.*, Sadismus, Masochismus in Kultur und Erziehung. München, E. Reinhardt. 1,20 M.
3. *Barras*, *L.*, Le fétichisme. Restif de la Bretonne fut-il fetichiste? Paris, Maloine. 174 S.
4. *Baudéant*, *J.*, et *Pasturel*, *A.*, Étude juridique et psychologique d'une cause criminelle célèbre. Affaire Lafarge. Une réhabilitation, qui s'impose. Paris, A. Maloine.
5. *Belletrud* et *Froissard* (Pierrefeu), Meurtre, tentative de meurtre et tentative de suicide chez un dégénéré à ascendance épileptique. Ann. méd.-psychol. 71, no. 2, p. 155.
6. *Birnbaum*, *Karl* (Berlin-Buch), Die forensische Bedeutung der sexuellen Psychopathien. Sexual-Probl. Jahrg. 9, H. 6, S. 372. (S. 57*.)
7. *Birnbaum*, *Karl* (Berlin-Buch), Die kriminelle Eigenart der weiblichen Psychopathen. Arch. f. Kriminalanthrop. u. Kriminalistik Bd. 52, H. 3—4, S. 364. (S. 57*.)
8. *Bowers*, *P. E.*, Prison psychosis. A pseudonym? The american Journ. of insanity vol. 70, no. 1, p. 161.
9. *Breteille*, *Ch.*, Étude historique et médico-légale du masochisme. Paris, Ollier-Henry.



10. *Briand*, *M.*, et *Salomon*, *J.*, Épilepsie avec impulsions érotiques, fétichisme du mouchoir chez un frôleur et fétichisme de la soie chez une voleuse des grands magasins. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. no. 5, p. 206.

11. *Briand*, *M.*, et *Salomon*, *J.*, Utilisation d'un débile délirant pour commettre des escroqueries. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. no. 5, p. 214.

12. *Briand*, *M.*, et *Salomon*, *J.*, Un maculateur de statues agissant dans un but philanthropique. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. no. 5, p. 218.

13. *Briand*, *M.*, et *Salomon*, *J.*, Faux exhibitionisme; attentats à la pudeur par deux dégénérés saturnins, alcooliques, dont l'un atteint de psychose intermittente. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. no. 4, p. 168.

14. *Charpentier*, *R.*, Aliénation mentale et criminalité. Statistique médico-légale des infractions aux lois ayant determiné l'internement d'aliénés dans le département de la Seine pendant une periode de cinq années (1905—1910). L'Encéphale no. 4, p. 341.

15. *Colin*, *M. H.*, Un cas d'uranisme. Crime passionel commis par l'inverti. Présentation de malade. Ann. méd.-psychol. Januar 13.

16. *Cuylitz*, *Ch.* (Tournai), Les aliénés voleurs. Bull. de la soc. de méd. mentl. de Belgique no. 167, p. 132; no. 168, p. 252.

17. *Dußler*, *H.*, Zur Kasuistik des Wandertriebes auf psychopathischer Grundlage. Inaug.-Diss. Tübingen.

18. *East*, *W. N.* (Manchester), On attempted suicide, with an analysis of 1000 consecutive cases. The journal of mental science vol. 59, no. 246, p. 429.

19. *Eulenburg* (Berlin), Kinder- und Jugendselbstmorde. Halle a. S., C. Marhold. 34 S. 1 M.

20. *Garnier*, Une épouse conjugicide au point de vue médico-légal. Ann. méd.-psychol. 71 e, no. 3, p. 372.

21. *Gaupp*, *R.*, Die wissenschaftliche Bedeutung des Falles Wagner. Münch. med. Wschr. Nr. 12, S. 633. (S. 56*.)

22. *Gerngroß*, *Fr. L.*, Sterilisation und Kastration als Hilfsmittel im



Kampfe gegen das Verbrechen. München, J. F. Lehmann. 42 S. 1,20 M. (S. 57*.)

23. *Gruhle* und *Wetzel*, Verbrechertypen. Bd. I, H. 1—3. (S. 56*.)
24. *Haßmann*, *W.* (Illenau), Ein Beitrag zur Psychopathologie des Familienmords durch Geisteskranke. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 70, H. 3 u. 4, S. 410.
25. *Hellwig*, *A.* (Berlin-Friedenau), Ein neuer Hexenprozeß aus Thüringen. Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. 10. Jahrg., H. 9, S. 552.
26. *Hirschfeld*, *M.*, und *Burchard*, *E.* (Berlin), Der sexuelle Infantilismus. Jur.-psychol. Grenzfr. IX. Bd., H. 5. Halle a. S., C. Marhold. 46 S. 1,20 M.
27. *Hirschfeld*, *M.*, und *Burchard*, *E.* (Berlin), Ein Fall von Transvestitismus bei musikalischem Genie. Neurol. Zentralbl. Nr. 15, S. 946.
28. *Horstmann* (Stralsund), Zur forensen Bedeutung der Chorea. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 70, H. 3 u. 4, S. 540.
29. *Hotter*, *Carl* (Landshut a. Isar), Alkohol und Verbrechen in der bayrischen Rheinpfalz. Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. H. 9, S. 542. (S. 55*.)
30. *Ilberg*, *Georg* (Sonnenstein), Ein pathologischer Lügner und Schwindler. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 15, H. 1 u. 2, S. 1.
31. *Kahn*, *Paul*, La responsabilité des parents des enfants delinquants ou criminels. Bull. de l'institut général psychol. no. 4, p. 207.
32. *König*, *H.*, Zur forensischen Bedeutung von Menstruation, Gravidität und Geburt. Arch. f. Psych. Bd. 53. (S. 57*.)
33. *Ladame*, *Ch.* (Genf), La loie de l'intérêt momentané et la loie de l'intérêt éloigné. Ann. méd.-psychol. 71, no. 2, p. 129.
34. *Ladame*, *Paul* (Genève), Inversion sexuelle et pathologie mentale. Revue de médicine légale no. 11, p. 321.
35. *Ladame*, *P. L.* (Genf), Alcool et exhibitionistes. Arch. d'anthropol. crimin. vol. 28, p. 266.
36. *Ladame*, Les travaux recents des auteurs allemands sur l'homosexualité. Arch. d'anthropol. crimin. no. 238, p. 239.
37. *Lévêque*, *Mlle.* (Toulouse), De la fugue chez les déséquilibrés et dans un cas de démence primitive de Delasiauve, démence



précoce de Kraepelin. Ann. méd.-psychol. vol. 71, no. 2, p. 140.

38. *Maier* (Zürich), Über einen Fall von larviertem Masochismus. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 1, H. 1, S. 165.
39. *Markowitsch, G.* (Jena), Die psychologische Analyse des Selbstmordes und Selbstmordversuchs bei verschiedenen Psychosen. Inaug.-Diss. Jena.
40. *Marro, A.*, e *Socrate, R.*, Relazioni di perizia psichiatrica sullo stato mentale di Maggi Francesco, imputato di omicidio premeditato. Annali di Freniatria e Scienze affini vol. 23, fasc. 1, p. 1.
41. *Masselon, R.* (Prémontré), Une affaire d'attentats à la pudeur. Ann. méd.-psychol. 71. ann., no. 4, p. 508.
42. *Menzerath, P.*, L'étude éxperimentale de la dissimulation. Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique no. 167, p. 161.
43. *Mezger, E.* (Stuttgart), Der moralische Defekt. Ztschr. f. Strafrechtswissensch. Bd. 34, S. 548. (S. 55*.)
44. *Mönkemöller, O.* (Hildesheim), Der Exhibitionismus vor dem gerichtlichen Forum. H. Groß' Archiv Bd. 53, H. 1—2, S. 34 (S. 57*.)
45. *Oehmig, O.* (Dresden), Beitrag zur Lehre vom Transvestitismus. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 15, Nr. 1 u. 2, p. 190.
46. *v. Olshausen*, Kastration und Sterilisation in sozialpolitischer Betrachtung. Med. Klinik Nr. 41, S. 1706.
47. *Pazzi-Muzio*, Vecchie e nuove vedute sulla struttura del cervello umano non che sulla interpretazione dei fenomen mentali in rapporto con l'indirizzo moderno della scienza penale. Rassegna di studi psichiatrici 3, fasc. 3, p. 200.
48. *Plaut* (München), Zur forensischen Beurteilung der kongenital Luischen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 70, H. 1, S. 153.
49. *Raecke, J.* (Frankfurt a. M.), Psychiatrisches zur Lehre von Ursache und Behandlung kindlicher Kriminalität. Zentralbl. f. Vormundschaftswesen, Jugendgerichte u. Fürsorgeerziehung V. Jahrg., Nr. 18. (S. 57*.)
50. *Remky, Erich*, Über Exhibitionismus. Inaug.-Diss. Königsberg.
51. *Roemer, H.* (Illenau), Zur Kenntnis des psychisch abnormen



Landstreichertums. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 70, H. 3 u. 4, S. 384.

52. *Rougé, C.* (Limoux), Un cas de folie simulée à forme stupide. De la valeur de quelques signes physiques de la stupidité au point de vue médico-légal. Ann. méd.-psychol. no. 5, p. 542. (S. 56*.)

53. *Sadger, J.* (Wien), Welcher Wert kommt den Erzählungen und Autobiographien der Homosexuellen zu? H. Groß' Archiv Bd. 53, H. 1—2, S. 179.

54. *Schefold* und *Werner*, Der Aberglaube im Rechtsleben. Jur.-psych. Grenzfr. Bd. 7, H. 8. Halle, C. Marhold. 64 S. 1,50 M.

55. *Scholz, L.* (Bremen), Die Gesche Gottfried. Eine kriminal-psychologische Studie. Berlin, S. Karger. 160 S. 4 M.

56. *Senf, M. R.* (Schmölln), Narzißmus. Sexual-Probleme Jahrg. 9, H. 3, S. 153.

57. *Senf, M. R.* (Schmölln), Nochmals der Ursprung der Homosexualität. Groß' Archiv Bd. 52, S. 67.

58. *Sichel*, Der Geisteszustand der Prostituierten. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 14, S. 445.

59. *Smith, M. H.* (Stafford), Notes on 100 mentally defective prisoners at Stafford. The journal of mental science vol. 59, no. 245, p. 326.

60. *Steen, R. H.* (Dartford), Moral insanity. The journal of mental science vol. 59, no. 246, p. 478.

61. *Sträußler, E.*, Über Haftpsychosen und deren Beziehungen zur Art des Beobachtungsmaterials. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 18, S. 547.

62. *Sturrock, J. P.* (Perth), The mentally defective criminal. The journal of mental science vol. 59, no. 245, p. 314.

63. *Thomas, John Jenks* (Boston), Retardation and constitutional inferiority in connection with education and crime. The journal of nervous and mental disease vol. 40, no. 1, p. 1.

64. *Vallon, Ch.*, et *Génil-Perrin, G.*, Crime et altruisme. Arch. d'anthrop. crim., de méd. lég. et de psychol. norm. et pathol. Févr.-Mars.

65. *Vallon, Ch.*, et *Génil-Perrin*, Le premier livre sur la simulation des maladies (J.-B. Silvaticus, 1550—1621). Archives



d'anthrop. crimin., de méd. légale et de psychol. norm. et pathol. vol. 28, no. 240, p. 907.

Varenne, G., Essai sur le „cafard". Arch. intern. de Neurol. no. 3, p. 140.

. *Vinchon, J.*, Le fétichisme de la poupée et le vol aux étalages. Revue de médecine légale no. 10, p. 289.

3. *Voivenel, Paul* (Toulouse), L'homicide en pathologie mentale. Ann. méd.-psychol. 71, no. 2, p. 179.

9. *Wetzel, A.*, und *Wilmanns, K.* (Heidelberg), Geliebtenmörder. H. 1 von „Verbrechertypen", herausgegeben von *Grube* und *Wetzel*. Berlin, Jul. Springer. 101 S. 2,80 M.

0. *Williams, E. H.*, The walled city: A story of the criminal insane. New York, Funk & Wagnalls Co. 250 p. 1 D.

71. *Ziemke, E.* (Kiel), Zur Entstehung sexueller Perversitäten und ihre Beurteilung vor Gericht. Arch. f. Psych. Bd. 51, H. 2, S. 420. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätsw. I. Suppl.

72. *Ziemke, E.* (Kiel), Hygiene der Gefangenen. Handbuch der praktischen Hygiene, herausgegeben von Dr. *R. Abel*, Bd. II. Jena, G. Fischer. 346 S. (S. 56*.)

73. *Ziemke, E.* (Kiel), Geisteskranke Verbrecher. Med. Klinik Nr. 19, S. 739. (S. 55*.)

Bayern marschiert im Reich in bezug auf die Gesamtkriminalität an der Spitze und liefert auch die meisten gefährlichen Körperverletzungen. Merkwürdigerweise sind hieran aber nicht die biertrinkenden Kreise Altbayerns am höchsten beteiligt, sondern die weintrinkende Pfalz. In ihr kommen die meisten Körperverletzungen, Beleidigungen und die Delikte gegen die öffentliche Ordnung vor. *Hotter* (29) hat den Anteil des Alkohols an ihnen genauer untersucht und gefunden, daß ein großer Teil der Reate auf ihn allein zurückzuführen ist. Da die Staatsregierung aus wirtschaftlichen und finanziellen Gründen die Alkoholinteressen eher fördern muß, so müßten hier die alkoholgegnerischen Kreise eingreifen, um den gerade in Bayern noch festeingewurzelten Alkoholwahn zu bekämpfen.

Für *Mezger* (43) ist auch der nicht nachweisbar schwachsinnige Gewohnheitsverbrecher in der Regel ein seelisch Minderwertiger, ein Kranker, denn *M.* sieht im moralischen Defekt ebensogut eine Krankheit wie im Intelligenzdefekt. Der moralische Defekt kann aber niemals, auch nicht in seinen höheren und höchsten Graden, den Ausschluß der Zurechnungsfähigkeit bewirken.

Die kurze Abhandlung *Ziemkes* (73) über geisteskranke Verbrecher ist in erster Linie für den praktischen Arzt bestimmt. Sie ist trotz ihrer Kürze von hinreichend orientierender Vollständigkeit [illegible] alle wichtigen Fragen. Auch



Ziemke ist mit *Siemerling* der Ansicht, daß Simulation von Geisteskrankheit bei Verbrechern nicht allzu selten ist. Bedenklich und durch die praktischen Erfahrungen der Psychiater nicht gerechtfertigt ist nur seine Ansicht, daß die Verwahrung geisteskranker Verbrecher nach der Strafverbüßung am besten in gewöhnlichen Irrenanstalten erfolgte. So richtig die für diese Meinung von ihm angeführten Gründe an sich sind, so wenig genügt in der Praxis eine derartige Verwahrung. Die festen Häuser sind das Minimum, was gefordert werden muß, damit der Allgemeinheit der von ihr mit Recht zu fordernde Schutz vor derartigen Elementen gewährt wird.

Rougé (52) beschreibt einen Mann, der des Mordversuchs angeklagt war, und eine stupide Form der Katatonie simulierte.

Gruhle und *Wetzel* (23) geben eine Sammlung psychologischer Studien von Verbrechen heraus, deren erstes Heft Geliebtenmörder behandelt. Die Hefte sollen einzelne Fälle ohne Abhandlungen auf Grund wissenschaftlicher Untersuchungen schildern, gewissermaßen ein Archiv bilden, aus dem sich Richter, Kriminalpsychologen und Ärzte jederzeit die Persönlichkeit eines Verbrechers oder einer Gruppe von Verbrechern wieder vor Augen führen können. Gleich die erste Gruppe der Geliebtenmörder zeigt, daß das gleiche Verbrechen von ganz verschieden veranlagten Personen begangen werden kann und daß die Motive, welche die Veranlassung zum Morde der Geliebten gaben, ebenfalls sehr verschieden sind, bei dem einen spielt die Eifersucht eine Rolle, der andere ist ohne eigenen Entschluß der Geliebten zu Willen, die ihm nicht dauernd angehören soll, der Dritte ist eine so komplizierte Persönlichkeit, daß zahlreiche Einzelmotive ihn zur Tat veranlassen, während von einem Hauptmotiv nicht die Rede sein kann. Die dargestellten Typen repräsentieren also nur Gruppen einer Verbrecherkategorie, stellen aber keineswegs den Durchschnittstyp dar.

In derselben Sammlung hat *Gaupp* (23) einen Beitrag zur Psychologie des Massenmörders an dem Beispiel des Lehrers Wagner von Degerloch geliefert. Dieses seltene Vorkommnis, daß ein intellektuell hochstehender Mensch durch Selbstbiographie und Tagebuchaufzeichnungen einen großen Teil der Entstehungsgeschichte seiner Krankheit selbst objektiv schildert, ist von *Gaupp* zu einer großangelegten, eingehenden Studie verwertet, auf deren hochinteressanten Inhalt hier nur hingewiesen werden kann. Den Schluß bildet das *Wollenberg*sche Gutachten über denselben Fall und eine Literaturübersicht über den Massenmord, zusammengestellt durch die Herausgeber der Verbrechertypen, *Gruhle* und *Wetzel*.

Gaupp (21) hat den „Fall Wagner“ a. a. O. genau analysiert und kann auf Grund seiner Untersuchungen die Ansicht bestätigen, daß die Genese der Paranoia rein affektiv ist. Auch in die psychologische Weiterentwickelung der Krankheit und ihren Anteil an dem furchtbaren Verbrechen des Lehrers Wagner gewährt die Selbstbiographie dieses intellektuell gut veranlagten Paranoikers einen guten Einblick.

Für das Handbuch der praktischen Hygiene, herausgegeben von *R. Abel*, hat *Ziemke* (72) den Abschnitt über Hygiene der Gefangenen bearbeitet, von dem hier besonders die Angaben über den Einfluß der Haft auf die geistige Gesund-



heit und die dem Gefängnisarzt zu Gebote stehenden Mittel zur Bekämpfung des Ausbruchs von Geistesstörungen bei Gefangenen hingewiesen sein soll.

Der für die Bekämpfung von Verbrechen und Irresein vorgeschlagene Weg der zwangsweisen Kastration und Sterilisation erfährt eine helle Beleuchtung durch die schöne Studie von *Gerngroß* (22). Das kleine Werk ist ein guter Berater in dieser hochmodernen Frage. *Gerngroß* selbst ist ein Anhänger des Verfahrens, freilich will er es erst gesetzlich eingeführt wissen, bevor es angewandt wird. Er macht Vorschläge für ein derartiges Gesetz.

In einer eingehenden Arbeit, welche die Literatur in ausgiebigem Maße berücksichtigt und zahlreiche eigene Fälle bringt, untersucht *H. König* (32) den Einfluß von Menstruation, Gravidität und Geburt auf die Kriminalität. Ein zeitliches Zusammentreffen der Generationsvorgänge mit einer kriminellen Handlung ist an sich noch kein die Zurechnungsfähigkeit beeinträchtigendes Moment, es sollte aber in jedem Falle der Anlaß zur ärztlichen Beobachtung sein. Dies gilt für die Menstruation, besonders aber für die Gravidität, welche bestehende, krankhafte Anlagen verstärken und manifest werden lassen kann. Der Geisteszustand der Gebärenden ist immer als ein von der Norm abweichender anzusehen, deshalb erfordert der Kindesmord unter allen Umständen eine gesonderte psychologische Betrachtung. Ein Unterschied zwischen unehelich und ehelich dürfte dabei eigentlich nicht gemacht werden. Die Geburt kann die verschiedensten krankhaften psychischen Veränderungen auslösen je nach der Prädisposition, von der Ohnmacht nicht disponierter bis zu den Erregungs- und Dämmerzuständen der Hysterischen, Epileptischen und Eklamptischen. Auch Fieberdelirien und Psychosen verschiedener Art werden durch die Geburt ausgelöst.

Raecke (49) berichtet über 70 kriminelle Kinder aus der Kieler Klinik und redet den erzieherischen Maßnahmen auch bei der Fürsorgeerziehung der Psychopathen das Wort. Die Tätigkeit des Arztes könnte auf eine genaue Aufnahmeuntersuchung beschränkt bleiben.

Mönkemöller (44) bespricht in einer umfänglichen Arbeit 10 Exhibitionisten und die Frage nach ihrer gerichtlichen und ärztlichen Behandlung.

Birnbaum (6, 7), der schon viele gute Arbeiten über die Degenerierten geliefert hat, beschäftigt sich in zwei Arbeiten mit der forensischen Eigenart der sexuellen Psychopathien und der kriminellen Eigenart der weiblichen Psychopathen. Bei diesen spielen die Phasen des weiblichen Sexuallebens eine große Rolle, und hieraus entspringt eine gewisse Häufigkeit mancher ihrer Delikte, ohne daß man freilich von spezifisch weiblichen, psychopathischen Delikten reden darf. Beim Zusammentreffen von Psychopathie, Generationsvorgang und krimineller Betätigung sind die Bedingungen für eine temporäre Herabminderung der Zurechnungsfähigkeit meist gegeben, die gelegentlich auch ganz aufgehoben sein kann. Bei den sexuellen Psychopathien ist die abnorme Steigerung des Geschlechtstriebes und die abnorme Schnelligkeit seines Anstiegs verbunden mit Besserungsunfähigkeit ein regelmäßiges pathologisches Moment. Häufig findet man diese Trias mit Anomalien der natürlichen Entwicklung vergesellschaftet. Alkoholgenuß pflegt den Trieb zu steigern, oder es kommen episodische oder periodische

Schwankungen bei ihm vor. Die Delikte der sexuellen Psychopathen sind aber keineswegs pathognomonisch für sie, und die Art des Verbrechens ist deshalb kein Beweis für das Bestehen sexueller Psychopathie, die sich nicht einmal immer in deutlicher Weise durch sexuelle Delikte zu äußern braucht. Dieser Punkt ist in forensischer Hinsicht ganz besonders wichtig, ebenso wie der, daß die Triebhandlungen keineswegs immer der Ausfluß verminderter oder aufgehobener Zurechnungsfähigkeit sind. Dafür, ob diese vorliegt oder nicht, kann allein die Berücksichtigung der Gesamtpersönlichkeit maßgebend sein.

IV. Zivilrechtliche Psychiatrie. Psychologie der Aussage.

1. *Alter*, Ein Fall von Selbstbeschuldigung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. XV, S. 470.
2. *Altmann*, Zum Kapitel Zeugenaussagen. H. Groß' Arch. Bd. 55, H. 1/2, S. 40. (S. 61*.)
3. *Bahn*, Justizirrtum und Kinderaussagen. Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. S. 434. (S. 61*.)
4. *Burchard*, Zur Psychologie der Selbstbezichtigung. Lungwitz' Beiträge Bd. I, H. 5. (S. 62*.)
5. *Carstensen, Hermann*, Über Selbstanzeigen Geisteskranker. Inaug.-Diss. Kiel.
6. *Filassier* et *Salomon, J.* (Paris), Contribution au problème du divorce et de l'aliénation. Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique no. 116, p. 110.
7. *Groß*, Zur Frage der Zeugenaussagen. H. Groß' Arch. Bd. 56, H. 3/4, S. 334. (S. 61*.)
8. *Gudden, Hans*, Falsche Beschuldigungen auf Grund von Geistesstörung. Friedreichs Bl. f. gerichtl. Med. S. 197, 268. (S. 62*.)
9. *Heß, E.* (Görlitz), Entmündigung als Heilmittel bei Psychopathen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 18, H. 1 u. 2, S. 203. (S. 60*.)
10. *Juquelier* et *Fillassier*, Quelques résultats d'une enquête sur le mariage et la vie conjugale de mille aliénés parisiens. Ann. méd.-psychol. Mars. (S. 60*.)
11. *Leppmann, A.*, und *Hahn*, Mängel des Pflegschafts- und Entmündigungsverfahrens. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 5, S. 45.
12. *Ley* et *Menzerath*, Le témoignage des normaux et des aliénés. Bull. méd. 27, no. 73, p. 812.



13. *Ley* et *Menzerath*, Le témoignage des anormaux et des aliénés. L'enfance anormale no. 24, p. 770.
14. *Liepmann*, *H.* (Berlin), Die freie Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsorts nach dem Reichsgesetz über den Unterstützungswohnsitz. (Sammlung zwangl. Abhandl. aus dem Gebiete der Nerven- u. Geisteskrankheiten, herausgegeben von Prof. *Hoche*-Freiburg, Bd. 10, H. 5.) Halle, C. Marhold. 56 S. 1,20 M. (S. 59*.)
15. *Lucien-Graux*, Le divorce des aliénés. Paris, A. Maloine, 1912. S. 358 f. 4 Fr. (S. 60*.)
16. *Mothes*, Zur Psychologie der bewußt unwahren Zeugenaussagen. H. Groß' Arch. Bd. 56, H. 3/4, S. 242. (S. 61*.)
17. *Peretti*, *Jos.* (Düsseldorf-Grafenberg), Die freie Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsortes. Psychol.-neurol. Wschr. Nr. 35, S. 425.
18. *Pick*, Pathologische Beiträge zur Psychologie der Aussage. H. Groß' Arch. Bd. 57, H. 3, S. 193. (S. 61*.)
19. *Raecke*, *J.* (Frankfurt a. M.), Eifersuchtswahn bei Frauen. Zwei Entmündigungsgutachten. Friedreichs Bl. f. gerichtl. Med. (S. 60*.)
20. *Reichel*, Ein Fall von Personenverwechslung. H. Groß' Arch. Bd. 45, H. 1/2, S. 45. (S. 61*.)
21. *Schilling*, Zur forensischen Beurteilung degenerativer Geisteszustände. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 9. (S. 60*.)
22. *Staudacher*, *Paul*, Ehescheidung wegen Geisteskrankheit. Inaug.-Diss. Bonn.
23. *Türkel*, Ein Beitrag zur Psychologie der Zeugenaussage. H. Groß' Arch. Bd. 57, H. 3, S. 279. (S. 61*.)
24. *Willmanns*, Zur Psychologie der Kinderaussagen vor Gericht. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 47, 3. (S. 61*.)
25. *Wolff* (Stuttgart), Die Entmündigung wegen Trunksucht. Die Alkoholfrage Jahrg. 9, Nr. 3, S. 193.

Einer besonders dankenswerten Aufgabe hat sich *Liepmann* (14) gewidmet, der die Frage der freien Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsortes nach dem Reichsgesetz über den Unterstützungswohnsitz unter psychiatrischen Gesichtspunkten bespricht. Über die Frage sind in unserer Literatur bisher nur zwei kleine Arbeiten erschienen, sie verdiente aber eine eingehende Erörterung, da nach den Entscheidungen des Bundesamts für das Heimatswesen noch eine große Diskrepanz

zwischen psychiatrischem Gutachten und gerichtlicher Entscheidung besteht, während man sich auf dem Gebiet der Straf- und Zivilgesetzgebung im übrigen schon ziemlich geeinigt hat. Zum Beweise bringt *L.* eine Fülle von einschlägigen Fällen aus den Entscheidungen vor, die er kritisiert. Auf diesem Gebiet scheint sich der Psychiatrie tatsächlich noch ein dankbares Arbeitsfeld zu erschließen und deshalb sei auf die *Liepmann*sche Arbeit auch an dieser Stelle aufmerksam gemacht.

Raecke (19) veröffentlicht zwei Entmündigungsgutachten über Frauen, die an Eifersuchtswahn litten. Zutreffend hebt er die Schwierigkeiten der zu treffenden Beurteilung von Eifersuchtsideen hervor. In dem ersten Falle war eine Anstaltsbeobachtung vorausgegangen. „Abgesehen von den Eifersuchtsideen, die möglich erschienen, ließe sich kein Verfolgungswahn nachweisen. Bloßer Eifersuchtswahn sei bei Frauen selten. Es lasse sich nicht feststellen, daß ein solcher hier vorliege. Um nicht unnötige Verzögerung zu verursachen, sei auf weitere Zeugenaussagen verzichtet worden." So das Gutachten des Anstaltsarztes! Der Antrag des Ehegatten auf Entmündigung wurde abgewiesen. Die Frau strengte von neuem die Ehescheidungsklage an und erwirkte die einstweilige, später wieder aufgehobene Verfügung, daß sie getrennt leben dürfe und ihr Mann zum Unterhalt verpflichtet sei. Die Frau wurde später entmündigt wegen Geisteskrankheit. *R.* trat diesem Gutachten bei. In dem zweiten Fall handelte es sich um eine Trinkerin, die den Potus, wie manche weibliche Alkoholistin, heimlich betrieb. Der vorläufige Vormund bekämpfte mit aller Entschiedenheit die Entmündigung, nach seiner Auffassung war die Frau lediglich infolge unglücklicher Familienverhältnisse und nach einer berechtigten Eifersucht zum Trinken gekommen. Auf Grund einer Anstaltsbeobachtung und zahlreicher Zeugenaussagen befürwortete Verf. die Entmündigung wegen Geistesschwäche. (*Schultze.*)

Schilling (21) hält gegenüber dem kriminellen Psychopathen die Entmündigung und Internierung für das einzig Richtige. Freilich ist beides oft schwer dem Richter klarzumachen, und das Gutachten muß entsprechend abgefaßt sein. Auf anderem Wege kann man diesen Naturen, bei denen rezidivierende Geistesstörungen auf dem Boden der Psychopathie oft jede Verhandlungs- und Strafvollzugsfähigkeit ausschließen, nicht beikommen.

Heß (9) tritt der auch schon von anderer Seite erhobenen Forderung, man solle asoziale Psychopathen nach Möglichkeit entmündigen, auf Grund eigener Erfahrungen bei. Selbst der gescheiterte Versuch einer Entmündigung kann durch den Eindruck des aufgebotenen gerichtlichen Apparates heilsam und hemmend auf solche Naturen einwirken. Dagegen soll man bei Psychopathen die militärische Diensttauglichkeit im allgemeinen verneinen.

Die Resultate einer durch die Gazette Médicale veranstalteten Umfrage über die Ehescheidung der Geisteskranken veröffentlicht *Lucien-Graux* (15). Die Umfrage ist von 68 Psychiatern und Rechtslehrern der verschiedensten Länder beantwortet und ist veranlaßt durch den neuen Gesetzentwurf für Irrenrecht in Frankreich. *Juquelier* und *Fillassier* (10) haben Untersuchungen über die Heirat und des Eheleben von 1000 Pariser Geisteskranken veranstaltet und geben einen statistischen Bericht darüber.

Mit der Psychologie der Zeugenaussagen beschäftigt sich *Pick* (18) in einem längeren Artikel. Er sucht an der Hand einfacher und komplizierter pathologischer Erinnerungsstörungen die praktisch wichtigen Fehlerquellen der Zeugenaussagen zu erläutern. *Türkels* (23) Mitteilung zweier Berichte von geistig hochstehenden Leuten über dieselbe Angelegenheit illustrieren praktisch, wie verschieden Begebnisse im Gedächtnis haften können, an die man sich sogar oft und gern erinnert hat, während *Altmanns* (2) Mitteilung von nicht weniger als zwölf verschiedenen Aussagen über einen Vorgang, der sich schnell vor den Zeugen abspielte, die Gefahr des nachträglichen Erklärens und Sichzurechtlegens demonstriert. Charakteristisch ist auch der Fall von Personenverwechslung, über den *Reichel* (20) berichtet. Ein Sohn verprügelte in Gemeinschaft mit einem anderen namens Ernst T. seinen Vater und wurde mitsamt seinem Komplicen verhaftet, zur Wache gebracht und dort bis zum anderen Morgen behalten. Auf der Wache gab Ernst T. den Vornamen seines Bruders Karl an. Dieser Bruder wurde angeklagt und verurteilt, weil sämtliche Zeugen und Polizeimannschaften ihn unter Eid als Täter bezeichneten. Diese Angaben wiederholten sämtliche Zeugen auch in der Berufungsverhandlung, als beide Brüder gegenübergestellt wurden, und erst auf das Geständnis des wirklichen Täters hin und auf Grund eines unzweifelhaften Alibinachweises erfolgte Freisprechung. Zu diesen Beispielen unbewußten, falschen Zeugnisses fügt *Groß* (7) noch eins aus dem täglichen Leben, bei dem aber falsche Scham auch bewußt Falsches hinzufügte, während die von *Mothes* (16) mitgeteilte falsche Zeugenaussage durch Scham und Furcht vor Erschossenwerden zustande kam. Möglicherweise spielte auch Schwangerschaft — die Vernehmung fand einen Tag vor der Niederkunft statt — eine gewisse Rolle.

Bahn (3) teilt einen besonders krassen Fall mit, in dem ein Drogist auf eine Kinderaussage hin wegen Sittlichkeitsverbrechens zu 2 Jahren Zuchthaus verurteilt war. Das Mädchen hatte eine Aussage gemacht, deren Richtigkeit schon bei der Verhandlung sehr in Frage gestellt wurde. Sie hatte angegeben, der Angeklagte hätte sie auf einem Sofa, während sie die Beine übereinandergeschlagen hätte, gebraucht, und zwar jedesmal in dieser höchst eigenartigen Beinstellung. Ein Sofa hatte sich in dem angegebenen Raume aber nie befunden. Trotzdem erfolgte Verurteilung, „weil die Klägerin genaue, detaillierte Angaben erst auf wiederholtes Zureden unter Tränen" gemacht hätte. Später stellte sich heraus, daß die Angaben von dem Mädchen durch die Hausdame ihres Vaters durch Stockschläge erpreßt waren. *Bahn* weist mit Recht darauf hin, daß die Richter sich mit der Psychologie von solchen Kinderaussagen mehr vertraut machen müßten.

Einen sehr eingehenden Bericht über eine falsche Kinderaussage liefert *Willmanns* (24). Ein Mädchen von 9 Jahren hatte einen harmlosen Schwachsinnigen eines Sittlichkeitsverbrechens beschuldigt, was dieser bei der Vernehmung durch den Gendarmen auch zugestand. Später stellte sich heraus, daß er es nur aus Angst zugegeben hatte, während das Mädchen wahrscheinlich die ganze Geschichte frei erfunden hatte. Dies ging für *W.* aus den widersprechenden Aussagen und dem ganzen Charakter des Kindes hervor. Interessant an dem Fall ist, daß das Gericht auf die psychologische Würdigung des Angeklagten, den es einem Kinde



von 10 Jahren gleich erachtete, einging und ihn als nicht strafbar ansah. Dagegen prüfte es nicht die Richtigkeit des objektiven Tatbestandes.

Gudden (8) berichtet über sechs Personen, die wegen falscher Beschuldigung angeklagt waren, einmal handelte es sich um ein manisch-depressives Irresein, in einem weiteren Fall um chronischen Alkoholismus, dann um Dementia paranoides, in allen anderen Fällen um Hysterie. (*Schultze.*)

Unter den Fällen von falscher Selbstbezichtigung, die *Burchard* (4) teils eigener Erfahrung, teils der wissenschaftlichen oder Tagespresse entnimmt, fanden sich neben vielen unklaren Fällen auch einige zweifellos psychopathische, namentlich hysterische.

V. Irrenrecht. Verwahrungsmaßnahmen.

1. *Ballet*, *Gilbert*, Le projet de revision de la loi de 1838 sur les-aliénés. Revue de Psych. et de Psychol. expérimentale no. 5, p. 185.
2. *Ballet*, *Gilbert*, Quelques observations à propos du projet de revision de la loi de 1838 sur les aliénés voté par la Chambre des Députés et soumis au Sénat. Le bulletin médical no. 36, p. 423.
3. *Bleuler*, *E.* (Zürich), Sichernde Maßnahmen gegenüber unzurechnungsfähigen und vermindert zurechnungsfähigen Verbrechern. Schweizer. Juristenztg. X. Jahrg., H. 12. (S. 64*.)
4. *Dewey*, *Richard* (Wauwatosa), The jury law for comittment of the insane in Illinois (1867—1893) and Mrs. E. P. W. Packard, its author, also later developments in lunacy legislation in Illinois. The americ. journ. of insan. vol. 69, fasc. 3, p. 571.
5. *Eisath*, *Georg* (Hall i. Tirol), Die Fortschritte des irrenärztlichen Heilverfahrens und die Gesetzgebung in Österreich. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 16, H. 1 u. 2, S. 175.
6. *Fillassier*, *A.*, La réforme de la loi de 1838 sur les aliénés et la commission du Sénat. Ann. méd.-psychol. no. 6, p. 684.
7. *Fischer*, *Max*, Gesundheitsaufsicht bei Geisteskranken außerhalb der Anstalten. Halbmtschr. f. soz. Hygiene Nr. 18, ref. Ärztl. Zentral. Anz. Nr. 37. (S. 64*.)
8. *v. Hentig*, *H.* (München), Die Verwahrung gefährlicher Elemente nach dem Entwurf eines französischen Irrengesetzes. Österr. Ztschr. f. Strafrecht Jahrg. 4, S. 217. (S. 64*.)
9. *Moeli*, Einige Bemerkungen zur Regelung der Rechtsverhältnisse



der in Anstaltsbehandlung oder in Pflege befindlichen Geisteskranken in Preußen. Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. S. 449. (S. 63*.)

10. *Mönkemöller* (Hildesheim), Psychiatrie und Fürsorgeerziehung. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 70, H. 5, S. 743.
11. *Nöldeke* (Hamburg), Sicherung gegen geisteskranke Verbrecher. Voss. Ztg. 25. Okt. 1913.
12. *Nogues, J. G.*, Necesidad de que los médicos de las prisiones posean conocimientos prácticos de psiquiatria. Revista de la Sociedad de psiquiatria, neurologia y medicina legal p. 30.
13. *Runge*, Über die ärztliche Seite der Trinkerfürsorge. Friedreichs Bl. f. d. gerichtl. Med. S. 303.
14. *Samana, M. F.*, Loi italienne du 14 février 1904 sur les asiles d'aliénés (manicomici) et sur les aliénés. L'Assistance mai 1913, p. 81.
15. *Schäfer, F.* (Lengerich), Die Unterbringung der geisteskranken Verbrecher. Psych.-neurol. Wschr. 14. Jahrg., Nr. 52.
16. *Strauß, M. Paul*, La nouvelle loi sur le régime des aliénés. Revue de Psych. et de Psychol. expérimentale no. 3.
17. *Subotic* (Belgrad), Irrengesetze in Serbien. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 70, H. 3 u. 4, S. 549.

Der Antrag der Justizkommission des Abgeordnetenhauses auf Vorlegung eines Gesetzentwurfes zur Regelung des Irrenrechts in Preußen gibt *Moeli* (9) Veranlassung zu Bemerkungen über die Rechtsverhältnisse der in Anstaltsbehandlung oder in Pflege fremder Personen befindlichen Geisteskranken. *M.* referiert kurz und knapp alle bestehenden Gesetzesvorschriften, Ministerialerlasse und Oberverwaltungsgerichtsentscheidungen, nach denen jetzt die Aufnahme, Zurückhaltung gegen den Willen des Kranken oder seines gesetzlichen Vertreters und die Entlassung stattfindet. Sodann macht er Vorschläge, wie die jetzigen Bestimmungen in einem späteren Entwurf eines Irrengesetzes zu vervollständigen und den Bedürfnissen der Praxis anzupassen wären. Sie erstrecken sich auf Form und Inhalt der ärztlichen Aufnahmegutachten, die einschlägigen Paragraphen des Vorentwurfs zum Strafgesetzbuche über Einweisung auf Gerichtsbeschluß und beschäftigen sich auch mit der Frage des „Fürsorgers". Auf jeden Fall müßte, ähnlich wie den Entmündigten, auch den gegen ihren Willen Aufgenommenen das Recht zustehen, selbst das erforderliche Rechtsmittel gegen die Aufnahme einzulegen. Besondere Anordnungen wären auch nötig im Falle des Fehlens eines gesetzlichen Vertreters, für den Schriftverkehr der Kranken mit den Behörden und für ihren Briefwechsel. Jedenfalls müßten allgemeine juristische Grundsätze und die praktische Erfahrung

im ganzen Verfahren den Ausschlag geben. Die Einsetzung einer mit juristischen Funktionen ausgestatteten Behörde mit psychiatrischen Mitgliedern, welche über Behaltung in Anstalten zu entscheiden hätte, dürfte dagegen wohl erheblichen Bedenken unterliegen.

Für die Behandlung der vermindert Zurechnungsfähigen nach den Vorentwürfen wird von *Bleuler* (3) auch die Familienpflege empfohlen. Sie würde mehr leisten als Adnexe an Strafanstalten oder Zentralanstalten für unzurechnungsfähige Rechtsbrecher.

Auch in Frankreich, in dem noch immer das alte Irrengesetz von 1838 gilt, regen sich Bestrebungen, die Gesetze mehr den neuzeitlichen Forderungen der Strafrechtspflege anzupassen. Augenblicklich wird ein Entwurf bearbeitet, der die Verwahrung asozialer Geisteskranken regelt. Nach diesem soll der Staat mehrere Kriminalasyle bauen, in denen alle rechtsbrechenden, geisteskranken Individuen Aufnahme finden, die zu mehr als einem Jahre verurteilt sind, oder sonst als gefährlich zu gelten haben. Auch die Epileptiker werden ihnen zugezählt, wie *v. Hentig* (8) berichtet. Die Einweisung erfolgt auf Landgerichtsbeschluß, ebenso die Entlassung. Wird diese beantragt, der Antrag aber vom Gericht abgewiesen, so kann ein neuer Antrag erst nach 6 Monaten gestellt werden. Auf diese Weise werden die Querulanten kalt gestellt.

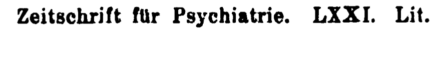
Max Fischer (7) tritt mit Rücksicht auf viele Schreckenstaten von Geisteskranken für die Einführung einer Gesundheitsaufsicht außerhalb der Anstalten ein. Für Durchführung derselben wäre die gesetzliche Einführung der Anzeigepflicht bei bestimmten Fällen von Geisteskrankheit, ähnlich wie beim Seuchengesetz, notwendig.

VI. Psychiatrie und soziale Gesetzgebung.

1. *Adolphi, Gerhard*, Über Aggravation bei den nach Unfällen entstehenden Neuropsychosen. Diss. Kiel. (S. 68*.)
2. *Becker, W. H.* (Weilmünster), Die sozial-ärztlichen Aufgaben in der Irrentherapie. Beiträge zur forensischen Medizin, herausgegeben von *H. Lungwitz*, Bd. 1, H. 4. Berlin, Adler-Verlag. 27 S. 1 M.
3. *Benon, R.* (Nantes), Traité clinique et médico-légal des troubles psychiques et nevrosiques post-traumatiques. Paris, G. Steinheil. 456 S. 10 fr. (S. 66*.)
4. *Booth, D.* (St. Louis), The simulation of organic by functional nervous diseases. Railway surgical Journ. Iss. of. April.
5. *Cimbal, W.* (Altona), Beruht das psychiatrische und Unfallnervengutachten besser auf der Diagnose oder unmittelbar auf dem Befund? Vjhrschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätswesen Bd. 45, Suppl. 1.



6. *Foerster*, *Rud.* (Charlottenburg), Psychologie des Unfalls. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 15, H. 1 u. 2, S. 107. (S. 67*.)
7. *Foerster*, *Rud.* (Charlottenburg), Zur Psychologie der Aussagen Unfallverletzter. Münch. med. Wschr. Nr. 34, S. 1880. (S. 67*.)
8. *Froehlich*, *E.* (Berlin), Einige Bemerkungen über die Begutachtung nervöser Unfallfolgen. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 14, S. 169.
9. *Honigmann*, Unfallneurose und Versicherungsgesetz. Ärztl. Sachv.-Ztg. 1914, Nr. 8. (S. 68*.)
10. *Horn*, *Paul*, Nervöse Erkrankungen nach Eisenbahnunfällen. Bonn, A. Marcus u. E. Weber. 152 S. 4 M. (S. 66*.)
11. *Horn*, *P.* (Bonn), Über Simulation bei Unfallverletzten und Invaliden. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 11.
12. *Jentsch*, *E.*, Die Degenerationszeichen bei Unfallnervenkranken. Neurol. Zentralbl. Bd. 32, S. 1138.
13. *Lüderitz*, Begutachtung der nach dem Unfall entstandenen Neuropsychosen. Diss. Kiel. (S. 67*.)
14. *Maier*, *H. W.*, Unfallheilkunde und Psychiatrie. Rev. suisse des accidents du travail 7. Jahrg. Juli. (S. 66*.)
15. *Marcuse*, Ein Fall von Simulation. Med. Klinik Nr. 1. (S. 68*.)
16. *Meltzer*, *O.* (Freiberg), Die Schätzung der Erwerbsunfähigkeit bei der Epilepsie. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 24, S. 515.
17. *Mendel*, *K.* (Berlin), Selbstmord bei Unfallverletzten. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 33, H. 4.
18. *Mönkemöller*, Beitrag zur forensischen Wertung des Betruges im Rentenkampfe. Friedreichs Bl. f. gerichtl. Med. S. 241. (S. 67*.)
19. *Mönkemöller*, *O.* (Hildesheim), Zum Kapitel der Simulation. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätswesen H. 4.
20. *Mönkemöller*, *O.* (Hildesheim), Traumatische Hysterie und Simulation. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 11, S. 233.
21. *Reckzeh* (Bochum), Ein Fall von außergewöhnlicher Simulation. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 11, S. 230.
22. *Uhlmann*, Ein Fall von subakuter Psychose nach Schädeltrauma. Psych.-neurol. Wschr. 12. Juli. (S. 68*.)
23. *Weiler*, *Karl*, Unfall und progressive Paralyse. Friedreichs Bl. f. gerichtl. Med. S. 273. (S. 67*.)




24. *Weiler, Karl*, Einige für die ärztliche und rechtliche Beurteilung von Unfallkranken nicht uninteressante Fälle. Friedreichs Bl. f. gerichtl. Med. S. 449.
25. *Wohlwill, Fr.*, Zum Kapitel der posttraumatischen Psychosen. Mtschr. f. Unfallheilk. Nr. 3. (S. 68*.)

Paul Horn (10) hat unter der Ägide von *Th. Rumpf* eine Arbeit über nervöse Erkrankungen nach Eisenbahnunfällen verfaßt, welche wir wohl den besten zuzählen dürfen von allen Arbeiten, die in den letzten Jahren überhaupt über traumatische, nervöse Krankheiten erschienen sind. Die Eisenbahnunfälle liefern ein nicht unwesentliches Material von Unfallneurotikern, die den Kliniker und Praktiker beschäftigen. Deshalb war es eine dankbare Aufgabe, auf Grund eines großen Aktenmaterials Entstehung, Verlauf und Behandlung der Krankheit zusammenfassend darzustellen, und *Horn* hat diese Aufgabe in klarer und gründlicher Weise gelöst. Bei der wichtigen Frage der Entschädigung spricht sich *Horn* unbedingt für Kapitalabfindung aus. Die nervösen Störungen sind prinzipiell heilbar, ihre Prognose ist jedoch wesentlich abhängig von der Art des Entschädigungsverfahrens. Deshalb sollte Rente nur in zweifelhaften Ausnahmefällen gewährt werden. Wichtig ist eine baldige und möglichst genaue erstmalige Untersuchung. Von Behandlung und Kuraufenthalt sieht man nur selten günstige Erfolge, sie sollen deshalb im allgemeinen unterbleiben. Ganz zwecklos sind sie in Fällen von Simulationsversuchen. Hilft die erste Kur nicht, so bleibt auch die zweite wirkungslos, Wiederholungen sind deshalb ärztlich zu widerraten, da nur unnütze Kosten entstehen. In frischen Fällen ohne Komplikation kann man für die Abfindung durchschnittlich eine Erwerbsbeschränkung von etwa 33¹/₃ % für 2—4 Jahre, vom Tage der Schlußbegutachtung an gerechnet, zugrunde legen und bei vorhandener Komplikation mit Gefäßleiden, Alkoholismus, hereditärer Belastung eine solche für 4—6 Jahre in gleicher Höhe. Diese Schätzung braucht nur selten überschritten zu werden. Länger dauernde Rentengewährung trägt nur dazu bei, die nervösen Beschwerden zu fixieren und den Wert späterer Abfindung zu beeinträchtigen. Besonders lehrreich ist die Zusammenstellung der sämtlichen bearbeiteten Fälle am Schluß des Buches.

Eine recht gute Arbeit aus französischer Feder über das Thema Unfall und Nerven- und Geisteskrankheiten stammt von *Benon* (3). Er schildert, gestützt auf eine recht eingehende Kenntnis der in- und ausländischen Literatur und auf Grund zahlreicher Eigenbeobachtungen, die Krankheitsbilder und den Verlauf psychischer und organischer Erkrankungen, als deren auslösende Ursache eine Gewalteinwirkung anzusehen ist.

H. W. Maier (14) bespricht die allgemeinen Zusammenhänge in der Frage Unfallheilkunde und Psychiatrie und betont speziell die Häufigkeit, mit der psychisch Defekte von Unfällen betroffen werden. Er tritt dafür ein, daß derartige Individuen durch Bevormundung oder ähnliche rechtliche Maßnahmen von gefährlichen Berufen ferngehalten werden. Für die Behandlung neurotischer Unfallfolgen hält er eine geeignete, unter ärztlicher Aufsicht organisierte Familien-



pflege für weit vorteilhafter wie die Ansammlung derartiger Kranker in Nervenheilstätten. Für die Prophylaxe könnte eine bessere psychologische Durchbildung der praktischen Ärzte, die oft unbewußt Unfallneurosen provozieren, von großem Nutzen sein. Die Tendenz, daß auch die funktionellen oder organischen traumatischen Störungen des Zentralnervensystems und die damit zusammenhängenden Fragen von den meist einseitig chirurgisch gebildeten Unfallspezialisten begutachtet und behandelt werden, hält er für falsch. Er hält die Mitwirkung des neurologisch gebildeten Psychiaters für praktisch und wissenschaftlich unerläßlich. (Autoreferat.)

Foerster (6) will der Häufigkeit der Unfälle, von denen die Hälfte auf Verschulden des Arbeiters oder Mitarbeiters zurückzuführen ist, durch Untersuchung der psychologischen Momente begegnen, welche Unfälle veranlassen. Dafür sind Veranlagung, Lebensalter, Übermüdung und dadurch sinkende Vorsicht zu rechnen. Auch der Alkoholismus spielt eine Rolle. In einer zweiten Arbeit (7) weist er auf die Störungen der Zeugnisfähigkeit Unfallverletzter hin. Diese spielen namentlich bei den Telephonunfällen eine große Rolle, weil der Verletzte gewöhnlich der einzige Zeuge ist.

Die beiden von *Lüderitz* (13) geschilderten Fälle von traumatischer Hysterie machten der Rentenabschätzung große Schwierigkeiten, weil der Anteil der Aggravation bzw. Simulation am Krankheitsbild nicht unerheblich war.

Mönkemöller (18) berichtet über eine Arbeitersfrau, die nach einem nicht sehr erheblichen Unfall jahrelang Vollrente erhielt. Er begutachtete sie als Simulantin auf dem Boden der psychischen Degeneration; es ließen sich höchstens psychische Krankheitssymptome nachweisen, und diese traten nur dann auf, wenn sie beobachtet wurde. Die Rente wurde ihr entzogen, ihr Rekurs beim Reichsversicherungsamt war vergeblich. Die Berufsgenossenschaft hatte aber keinen Erfolg mit ihrer Klage auf Betrug. Auch *M.* konnte bei ihrer angeborenen geistigen Schwäche mit wesentlich degenerativem Charakter Zweifel an ihrer Zurechnungsfähigkeit nicht unterdrücken. (*Schultze.*)

In zwei Gutachten bespricht *Weiler* (23) den Zusammenhang zwischen Unfall und progressiver Paralyse. Zu dem ersten Fall traten sehr bald nach dem Unfall, der mit einem heftigen Schrecken, aber nicht mit einer Gehirnerschütterung verbunden war, die deutlichen Zeichen der Paralyse auf. Der Zusammenhang wurde geleugnet. Auch wenn der Verletzte schon zur Zeit des Unfalls paralytisch war, kann diesem kein wesentlicher Einfluß auf den Verlauf der Gehirnerkrankung zugeschrieben werden. Zu dem zweiten Fall traten nach dem Unfall, der nicht mit Gehirnerschütterung einherging, die Symptome eines Bruchs der Wirbelsäule im Bereiche des unteren Brustteils und einer Rückenmarksverletzung auf. Nach 10 Monaten Aufnahme in eine psychiatrische Klinik wegen eines Erregungszustandes, der auf Paralyse zurückgeführt wurde. In der Folge zahlreiche Begutachtungen, die, wenn sie auch die Paralyse nicht mit einiger Sicherheit als Unfallfolge ansprachen oder einen Zusammenhang völlig leugneten, doch untereinander erheblich abwichen. Aus Gründen, die an Ort und Stelle nachgelesen werden mögen, bezeichnet Verf. die Möglichkeit eines Zusammenhangs der Paralyse mit dem Unfall



als so gering, daß faktisch mit ihr nicht gerechnet werden kann. Das Reichsversicherungsamt wies die Rentenansprüche zurück. (*Schultze.*)

Honigmann (9) kann sich nicht entschließen, den Begehrungsvorstellungen „der Rentensucht“ einen so großen Einfluß auf die Entstehung von Rentenneurosen einzuräumen, wie das *Placzek* z. B. tut. Nach seinen Erfahrungen erkrankt nur ein verhältnismäßig kleiner Teil körperlich Verletzter an traumatischer Neurose; und das sind dann Disponierte, psychisch Minderwertige. Die Begehrungsvorstellungen erzeugen nicht bei ihnen die Neurose, sondern sie lösen sie nur aus, färben sie typisch und verhindern ihre Heilung. Empfehlenswert ist zur Beurteilung ein Anfangsattest, wie es die privaten Versicherungen haben. Die Rentenabschätzung läßt sich nur von Fall zu Fall regeln, am heilsamsten ist die Kapitalabfindung. Im Gegensatz zu *H.* macht *Adolphi* (1) die Rentensucht für die vorkommende Aggravation verantwortlich. Auch er sieht in den Begehrungsvorstellungen das retardierende Moment für die Heilung.

Bei einem 49 jährigen Arbeiter, der etwa ein halbes Jahr nach einem mit schweren Kommotionserscheinungen einhergehenden Schädeltrauma Zeichen psychischer Veränderung und ein Jahr nach der Verletzung eine schwere Angstpsychose bekam, konnte *Wohlwill* (25) erst nach dem Tode den Zusammenhang der Psychose mit dem Unfall auf Grund des Sektionsergebnisses und der mikroskopischen Untersuchung feststellen. Es fanden sich Blutungen und Erweichungen neben ausgedehnten leptomeningitischen Veränderungen. Die Hirnveränderungen saßen hauptsächlich an der in vivo verletzten Stelle, am rechten Scheitellappen.

Die Begutachtung von Telephonunfällen stößt oft auf Schwierigkeiten, weil die technischen Einrichtungen verschieden sind und ärztliche und technische Sachverständige unter sich oft zu ganz verschiedenen Gutachten kommen. *Förster* (7) verlangt deshalb zur Klärung der Frage Statistiken über die körperliche und psychische Verfassung des Verletzten, die Umstände des Unfallhergangs und darüber, ob bei den Ämtern mit Kurbelanruf mehr Unfälle vorkommen, als bei den modernen Ämtern mit optischen Signalen, die nach Abheben des Hörers betätigt werden.

Uhlmann (22) beschreibt einen Fall von subakuter Psychose mit Paragraphie und Gedächtnisschwäche, der 8 Tage nach einem Fall auf den Hinterkopf ohne nachfolgende Bewußtlosigkeit auftrat. Er begann mit Charakterveränderungen und heilte nach 2 Monaten. Später trat ein Rückfall ein, an dem wahrscheinlich Alkohol schuld war.

Marcuse (15) beklagt, daß bei einer nicht geringen Zahl von Ärzten der Unfall genügt, um eine Neurose zu erkennen, und daß andererseits der Mangel an objektiven Symptomen den Ausschluß einer bestehenden Rentenneurose erschwert. Man kann sich da oft nur damit helfen, daß man den Verletzten durch Detektive beobachten läßt. Solche Beobachtungen haben oft überraschende Resultate, wie ein näher mitgeteilter Fall zeigt. Es handelte sich um einen Mann, der nach einer unbedeutenden Kopfverletzung Gangstörungen, Zittern und Erscheinungen fortschreitender Geisteskrankheit bekam und von vielen Autoritäten als traumatische Neurose mit progressivem Blödsinn vorgestellt, ja als gemeingefährlicher Geisteskranker in Irrenanstalten eingewiesen wurde. Dieser zuletzt völlig hilflose Mann



konnte ganze Nächte durchkneipen, sich angeregt unterhalten und geordnet benehmen, wenn er sich unbeobachtet glaubte. Er wurde wegen Betruges verurteilt.

VII. Psychiatrie und Militär.

1. *Becker, Th.* (Metz), Über Epilepsie und ihre forensische Bedeutung. Deutsche militärärztl. Ztschr. Nr. 23. (S. 69*.)
2. *Eckart, J.* (Nürnberg), Zur Frage der Dienstbeschädigung bei hysterischen Hörstörungen. Deutsche militärärztl. Ztschr. H. 8. (S. 69*.)
3. *Haury*, Les anormaux et les malades mentaux au régiment. Paris, Masson. 376 S.
4. *Laurès, G.*, Les anormaux psychiques militaires devant la justice. Arch. d'anthropol. criminelle, de méd. légale et de psychol. normale et pathologique vol. 28, no. 240, p. 881.
5. *Meeus* (Gheel), L'invalidité mentale dans l'armée. Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique no. 166, p. 79.
6. *Pactet*, Deux condamnés militaires. Bull. de la Soc. clin. de méd. ment. no. 5, p. 190.
7. *Simonin, J.*, L'expertise psychiatrique dans l'armée. Annales d'hygiène publique et de méd. légale 20. nov., p. 443.
8. *Weyert* (Posen), Psychische Grenzzustände und Dienstfähigkeit. Deutsche militärärztl. Ztschr. 1913, H. 7, S. 241.

Der Zugang an Epileptikern auf der Station für Nerven- und Geisteskranke des Garnisonlazaretts zu Metz betrug in 3½ Jahren 101 Fälle. Die Epilepsie ist also bei den Soldaten nicht selten. *Th. Becker* (1) macht darauf aufmerksam, daß der Truppe ohne große Kosten viel Scherereien und Mühe erspart werden könnten, wenn diese Leute schon bei der Einstellung auf Grund genauer Erhebungen bei den Zivilersatzbehörden ausgesondert werden könnten. Er schildert dann die typischen und atypischen epileptischen Erscheinungen in ihren Beziehungen zum Militärdienst, wie sie namentlich bei Rekruten, oft aber auch bei altgedienten Leuten beobachtet werden. Bei diesen ist nicht selten Alkoholgenuß der Anlaß zum Ausbruch einer bis dahin latenten Epilepsie. Ab und zu werden die schon weit verbreiteten Kenntnisse von den Dämmerzuständen auch zu Simulationsversuchen benutzt. Auch unter den kriminell gewordenen Mannschaften befindet sich ein nicht unerheblicher Prozentsatz Epileptiker.

Eckart (2) macht darauf aufmerksam, daß hysterische Taubheit, ein- oder doppelseitige, gelegentlich auch beim Militär vorkommt. Die Diagnose ist nicht leicht, gelingt aber stets, wenn man die Symptome genau beobachtet und daneben die ganze Persönlichkeit des Untersuchten nicht außer acht läßt. War die Hysterie, die Grundlage des Leidens, schon vor der Einstellung da, so



kommt für die hysterische Taubheit Dienstbeschädigung nicht in Frage, und Rentenansprüche sind abzulehnen. Höchstens ließe sich die Frage nach Dienstbeschädigung im Sinne einer Leidensverschlimmerung erwägen. Einseitige Taubheit oder doppelseitige Schwerhörigkeit ist überhaupt kein Grund zur Beschränkung der Erwerbsfähigkeit, nur doppelseitig hysterisch Taube müssen ähnlich wie organisch Kranke entschädigt werden.

---

3. Neurosen, Epilepsie und Erkrankungen der inneren Drüsen.

Ref.: L. W. Weber-Chemnitz.

1. *Adler*, Nervenkrankheiten. Jahreskurse f. ärztl. Fortbildung. München, J. F. Lehmann. (S. 87*.)
2. *Agostini*, *C.*, e *Sepilli*, *G.* (Brescia), Alcoolismo e Epilessia. Rivista sperimentale di Freniatria vol. 38, fasc. 4, p. 36.
3. *Alexander*, Necessity of a better classification of epileptics. The Lancet. 28. Januar 1913.
4. *Assatiani*, *M. M.*, Die bedingten Reflexe in ihrer Anwendung auf die Symptome der Psychoneurosen. Psychother. 1913, Nr. 4 (russisch). (S. 90*.)
5. *Austregésilo*, *Pinheiro* et *Marques*, Sur un cas de syndrome pluriglandulaire endocrinique. L'encéphale. (S. 103*.)
6. *Balint*, *R.*, Die Kochsalzentziehung in der Behandlung der Epilepsie. Neurol. Zentralbl. Nr. 9, S. 547.
7. *Ballas*, *M.*, Über das Vorkommen von Hysterie in der Gravidität. Inaug.-Diss. Kiel.
8. *Basch*, Über die Thymusdrüse. Deutsche med. Wschr. Nr. 30. (S. 103*.)
9. *Bauer*, *J.* (Innsbruck), Fortschritte in der Klinik der Schilddrüsenerkrankungen. Beihefte zur Med. Klinik IX. Jahrg., H. 5.
10. *Beaucamp*, *C.*, Über einige mit Opium-Brom behandelte Fälle von Epilepsie nach der *Flechsig*schen (*Ziehen*sche Modifikation) Methode. Inaug.-Diss. Bonn.
11. *Behrenrodt*, *E.* (Greifswald), Die sexuelle Herzneurose („Phrenokardie"). Deutsche med. Wschr. Nr. 3, S. 106. (S. 88*.)



12. *Benon, R.*, et *Legal, A.*, Étude clinique de la démence épileptique. Revue de méd. no. 9, p. 673. (S. 92*.)

13. *Benon*, Petits accès d'asthénie périodique. Ann. méd.-psychol. Mai. (S. 89*.)

14. *Benon, R.*, Les nevroses traumatiques. Gaz. des hôp. no. 98, p. 1535 u. no. 101, p. 1591. (S. 88*.)

15. *Bensch, Rudolf*, Zur Kasuistik der epileptischen Dämmerzustände. Inaug.-Diss. Bonn. (S. 92*.)

16. *Bergmann, W.*, Selbstbefreiung aus nervösen Leiden. Freiburg 1913, Herder. (S. 87*.)

17. *Berliner, M.*, Beitrag zur Lehre von den psychischen Veränderungen bei Paralysis agitans. Inaug.-Diss. Kiel.

18. *Bernheim* (Nancy), L'hystérie. Paris, O. Doin.

19. *Beyer, E.* (Zittau), Über auffallende Beeinflussung eines epileptischen Dämmerzustandes durch eine Leuchtgasvergiftung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 15, H. 1 u. 2, S. 35.

20. *Bianchini, Levi* (Noura Inferiore), Psicoanalisi ed isterismo. Il Manicomio 28, no. 1, p. 49.

21. *Bianchini, L.*, L'isterismo dalle antiche alle moderne dottrine. Padova, Fratelli Dencker. 386 p. 6 L. (S. 99*.)

22. *Bianchini, Levi* (Noura Inferiore), Una teoria biologica dell' isterismo. Il Manicomio 28, no. 1, p. 83.

23. *Bing, Robert* (Basel), Lehrbuch der Nervenkrankheiten für Studierende und praktische Ärzte, in 30 Vorlesungen. Berlin-Wien, Urban u. Schwarzenberg. 606 S. 18 M. (S. 85*.)

24. *Bing, R.* (Basel), Neurologische Beiträge aus Nordamerika. Med. Klinik Nr. 20, S. 800.

25. *Binswanger, O.* (Jena), Die *Abderhalden*sche Seroreaktion bei Epilepsie. Münch. med. Wschr. Nr. 42, S. 2321.

26. *Binswanger, O.* (Jena), Die Epilepsie. 2. Auflage. Wien u. Leipzig, A. Hölder. 548 S. 15,40 M. (S. 91*.)

27. *Böß* (Wiesloch), Epilepsie und Sedobrol. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 70, H. 3 u. 4, S. 568.

28. *Bolten, G. C.* (Haag), Pathogenese und Therapie der genuinen Epilepsie. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. H. 2, S. 119.



29. *Boncour, P.*, Épilepsie et Syphilis héréditaire tardive: guérison par l'idiotherapie. Progrès médical no. 24.

30. *Braun*, Psychotherapie der Neurasthenie nach *Dubois*. Wien. med. Wschr. Nr. 22. (S. 91*.)

31. *Breiger, E.* (Haus Schönow), Plethysmographische Untersuchungen von Nervenkranken. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 17, H. 4, S. 413. (S. 89*.)

32. *Brill, A. A.*, Piblokto or Hysteria among Peary's Eskimos. Journ. of Nerv. and Ment. Dis. 40, no. 8, p. 514.

33. *Brink, G.*, Ein Beitrag zur Opium-Brombehandulng der Epilepsie. Inaug.-Diss. Göttingen.

34. *Bunnemann*, Über psychogene Schmerzen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. XXXIV, H. 2. (S. 90*.)

35. *Citelli*, Un nuovo metodo molto efficace per guarire l'afonia isterica. Rivista Italiana di Neuropatologia, psychiatria et elettroterapia vol. 6, fasc. 9, p. 385.

36. *Clark, L. P.*, A clinical contribution to the irregular and unusual forms of status epilepticus. Americ. Journ. of insan. no. 2, p. 335.

37. *Cohn, Toby*, Die mechanische Behandlung der Nervenkrankheiten. Berlin, Jul. Springer. 140 S. 6 M.

38. *Colla, Ernst* (Bethel), Zur Frage der Basedow-Psychosen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 70, H. 3 u. 4, S. 525. (S. 102*.)

39. *Cornelius, A.* (Berlin), Die Nervenpunktlehre. II. Bd. Neurologie und Nervenpunktlehre. Leipzig, Georg Thieme. 303 S. 7 M. (S. 91*.)

40. *Damaye, H.*, Disparition des crises d'épilepsie essentielle parallèlement à l'amélioration de l'état physique. Arch. intern. de Neurol. no. 6, p. 374.

41. *Damaye, H.* (Bailleul), La forme maniaque de l'état de mal comital. Formule leucocystaire et traitement. Le Progrès médical no. 3, p. 33.

42. *Dejerine* et *Gauckler*, Compréhension de la neurasthénie. La presse médicale no. 17.

43. *Deroitte, V.* (Brüssel), Sur la pathogénie et le traitement de l'épilepsie. Utilité des laits fermentés. Annales de policlinique centrale de Bruxelles. (S. 97*.)



44. *Eguchi*, *Tatsuo*, Zur Kenntnis der traumatischen Epilepsie nach Kopfverletzungen im japanisch-russischen Kriege. Deutsche Ztschr. f. Chir. Bd. 121, H. 3—4.

45. *Ehrhardt*, *A.* (Carlshof b. Rastenburg), Ein statistischer Beitrag zur Entstehung der Epilepsie. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 70, H. 6, S. 937.

46. *Engel*, *Irmgard* (Straßburg), Über einen seltenen Fall von Hysterie im Kindesalter. Ztschr. f. Kinderheilk. Bd. 8, S. 443.

47. *Erlenmeyer*, *Albr.* (Bendorf-Coblenz), Über Epilepsiebehandlung. Berl. klin. Wschr. Nr. 18, S. 813. (S. 97*.)

48. *Ermakow*, *J.* (Moskau), L'épilepsie hystérique. Arch. intern. de Neurol. no. 2, p. 87. (S. 92*.)

49. *Ermakoff*, *J.* (Moskau), Die hysterische Epilepsie. Arbeiten aus der Psychiatrischen Klinik zu Moskau, herausgegeben von *Th. Rybakow*, Nr. 1, S. 57 (russisch).

50. *Eulenburg*, *A.*, Ein Fortschritt in der diätetisch-pharmazeutischen Epilepsiebehandlung. Med. Klinik Nr. 9, S. 178.

51. *Flatau*, *G.* (Berlin), Angstneurosen und vasomotorische Störungen. Med. Klinik Nr. 32, S. 1284.

52. *Flood*, *E.*, and *Collins*, *M.* (Palmer, Mass.), A study of heredity in epilepsy. The americ. journ. of insan. vol. 69, Heft 3, p. 585. (S. 94*.)

53. *Flournoy*, *H.*, Epilepsie emotionelle. Arch. de Psychol. 13, no. 49, p. 49.

54. *Fuchs*, Epilepsie und Luminal. Münch. med. Wschr. 1914, Nr. 16. (S. 97*.)

55. *Gatti*, *L.*, Il fenomeno di autoimitazione nelle associazioni isterico-organiche. Rivista italiana di neurop. psichiatr. ed elletro-terap. 6, fasc. 4, p. 159.

56. *Gelik*, Die dritte Hysterieepidemie im Gouvernement Moskau. Ssowremennaja Psychiatria 1912 (russisch). (S. 101*.)

57. *Golch*, Hemichorea mit Paresen. Inaug.-Diss. Kiel. (S. 98*.)

58. *Grober*, Über Selbstheilung Basedowscher Krankheit. Münch. med. Wschr. 1913, 1. (S. 102*.)

59. *Grove*, *R.*, Zur Frage der Chorea Huntington. Inaug.-Diss. Rostock.



60. *Günzel, Otto* (Bad Soden), Ein Beitrag zur Behandlung des Morbus Basedowii. Med. Klinik Nr. 36, S. 1455.
61. *Gurewitsch, M.* (Moskau), Über die epileptoiden Zustände bei Psychopathen. Beitrag zur Differentialdiagnose der Epilepsie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 18, H. 5, S. 655. (S. 95*.)
62. *Hallervorden, Jul.* (Haus Schönow), Diagnostische und therapeutische Bemerkungen zur Basedowschen Krankheit. Nach Beobachtung an 100 Fällen. Therapie der Gegenwart. Juli-August. (S. 102*.)
63. *Hahn, R.* (Frankfurt a. M.), Assoziationsversuche bei jugendlichen Epileptikern. Arch. f. Psych. Bd. 52, H. 3. (S. 95*.)
64. *Hahn, R.* (Hohenweitzschen), Beiträge zur Lehre von der syphilitischen Epilepsie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 17, H. 5, S. 519. (S. 94*.)
65. *Halberstadt*, Les attaques épileptoides des dégénérés. Revue neurologique no. 3. (S. 95*.)
66. *Hebold* (Wuhlgarten), Ein Fall von Naevus vasculosus und zerebraler Kinderlähmung mit Epilepsie. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 70, H. 2, S. 310. (S. 93*.)
67. *Heidelberg, Hans*, Über die Bedeutung dauernden Liquorabflusses für die Therapie der Epilepsie. Inaug.-Diss. Heidelberg.
68. *Heidenheim, A.*, Kurze Bemerkungen über Dämmerzustände. Münch. med. Wschr. Nr. 39, S. 2175.
69. *Heilig* (Straßburg), Zur Kasuistik der protrahierten Dämmerzustände. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 1, H. 1, S. 160.
70. *Heller, Th.* (Wien-Grinzing), Über affektivbedingte Neurosen des Kindesalters. Ztschr. f. Kinderheilk. Bd. 9, H. 2, S. 104.
71. *Hinrichsen, Otto* (Friedmatt-Basel), Über das Abreagieren beim Normalen und beim Hysterischen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 16, H. 1 u. 2, S. 199. (S. 100*.)
72. *Hirsch, Rahel* (Berlin), Thymin und seine Wirkung in der Behandlung des Morbus Basedowii und Thymin als Schlafmittel. Deutsche med. Wschr. Nr. 44, S. 2141. (S. 103*.)
73. *Holtum, Heinr. v.*, Über Chorea minor mit Psychose. Inaug.-Diss. Kiel. (S. 98*.)



Horn, P. (Bonn), Über nervöse Erkrankungen nach Eisenbahnunfällen. Bonn, A. Marcus u. E. Webers Verl. 152 S. 4 M. (S. 88*.)

Horwitz, C., De la mémoire des faits récents chez les hystériques et les psychopathes. Revue de Psych. no. 7, p. 285.

Hößlin, R. v. (München-Neuwittelsbach), Über Lymphozystose bei Asthenikern und Neuropathen und deren klinische Bedeutung. Münch. med. Wschr. Nr. 21, S. 1129.

Imchanitzky-Ries, Marie, Die genuine Epilepsie und die Rolle des Arsens für die Autointoxikation. Epilepsia vol. 4. (S. 96*.)

Inone und *Hayaski*, Eine Art Tickkrankheit? Neurologia Bd. 12, H. 1 u. 2 (japanisch).

Jacobsohn, L. (Berlin), Klinik der Nervenkrankheiten. Ein Lehrbuch für Ärzte und Studierende. Mit einem Vorwort von Prof. *G. Klemperer*. Berlin, Aug. Hirschwald. 488 S. 19 M. (S. 85*.)

. *Jahnel*, Geistige Störungen bei der Eklampsie. Arch. f. Psych. Bd. 52, S. 1095. (S. 95*.)

. *Jakob, A.* (Hamburg), Zur Pathologie der (nicht genuinen) Epilepsie. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 70, H. 5, S. 812. (S. 94*.)

2. *Jakob*, Seltene Fälle organischer Epilepsie. Münch. med. Wschr. Nr. 33.

3. *Jödicke, P.* (Stettin), Über moderne Behandlung der genuinen Epilepsie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 18, H. 1—2, S. 247. (S. 98*.)

4. *Jödicke, P.* (Stettin), Über die ätiologischen Verhältnisse, Lebensdauer, allgemeine Sterblichkeit, Todesursachen und Sektionsbefunde bei Epileptikern. Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinns Bd. 7, S. 201. (S. 95*.)

85. *Jödicke, P.* (Stettin), Die differentialdiagnostische Abgrenzung einiger Krampfformen durch das Blutbild. Münch. med. Wschr. Nr. 20. (S. 93*.)

86. *Jung*, Versuch einer Darstellung der psychoanalytischen Theorie. Leipzig und Wien, Fr. Deuticke. (S. 86*.)

87. *Kalkhof, J.*, und *Ranke, O.*, Eine neue Chorea Huntington-Familie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 17, H. 2 u. 3, S. 256. (S. 98*.)



88. *Kastan*, *Max* (Königsberg), Über die Beziehungen von Hirnrindenschädigung und Erhöhung der Krampfdisposition. Arch. f. Psych. Bd. 51, H. 2, S. 694. (S. 94*.)

89. *Kodym*, Über traumatische Neurasthenie, hauptsächlich über ihre Prognose. Sbornik lékarsky 14, 28 (böhmisch). (S. 89*.)

90. *Kohnstamm*, *O.* (Königstein i. Taunus), Elarson, besonders bei Basedowschen Krankheit. Therapie der Gegenwart Nr. 11.

91. *Krugath*, Zum Problem der traumatischen Neurosen. Vjhrschr. f. gerichtl. Med., 3. Folge, XLIV.

92. *Kraus*, *F.* (Berlin), Pathologie der Schilddrüse, der Beischilddrüse, des Hirnanhangs und deren Wechselwirkung. Deutsche med. Wschr. Nr. 40, S. 1921; Nr. 41, S. 1972.

93. *Krebs*, *W.* (Falkenstein i. Taunus), Syphilis und Neurasthenie. Deutsche med. Wschr. Nr. 28, S. 1358.

94. *Kreuser*, *Fr.* (Winnenthal), Die Differentialdiagnose zwischen Hebephrenie und Hysterie. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 70, H. 6, S. 873.

95. *Kure*, *S.* (Tokio), Epileptisches Irresein. Neurologia Bd. 12, H. 3, S. 148 (japanisch).

96. *Kure*, *S.* (Tokio), Hysterisches Irresein. Neurologia Bd. 12, H. 2, S. 105 (japanisch).

97. *Krumholz*, *S.* (Chicago), Localized encephalitis of the left motor cortical region with epilepsia continua. The journ. of nervous and ment. disease vol. 40, no. 1, p. 17. (S. 93*.)

98. *Kukula*, *O.* (Prag), Die chirurgische Therapie der Epilepsie. Wien. klin. Rundsch. Nr. 17, S. 260.

99. *Kutschera*, *A.*, Gegen die Wasserätiologie des Kropfes und des Kretinismus. Münch. med. Wschr. 1913, Nr. 8. (S. 102*.)

100. *Ladame*, *P.-L.* (Genf), Nevroses et sexualité. L'Encéphale no. 2, 10 févr., p. 157. (S. 88*.)

101. *Langmead*, *F.*, Chorea. Brit. med. Journ. Juni 14th.

102. *Leroy*, *A.*, Essai sur le mécanisme probable de la crise dans l'épilepsie et dans l'asthme. Paris médical no. 29, p. 70.

103. *Leubuscher*, *P.* (Hoppegarten), Therapeutische Versuche mit Phosphor bei Epileptikern. Deutsche med. Wschr. Nr. 11, S. 494.



104. *Levy*, *L.*, et *Costeodat*, *A.*, Sur un cas d'épilepsie psychique. Bull. médical no. 95, p. 1052.

105. *Lewandowsky*, Die Hysterie. Berlin, J. Springer. (S. 99*.)

106. *Lewandowsky*, *M.*, Handbuch der Neurologie Bd. IV. Spezielle Neurologie III. Berlin, J. Springer. 493 S. 24 M. (S. 85*.)

107. *Lewe*, Chorea minor. Inaug.-Diss. Kiel. (S. 98*.)

108. *Lilienstein* (Nauheim), Psychoneurosen bei Herzkrankheiten. Arch. f. Psych. Bd. 52, H. 3. (S. 88*.)

109. *Löwenfeld*, Sexualleben und Nervenleiden. 5. Aufl. Wiesbaden, J. F. Bergmann. (S. 87*.)

110. *Lomer*, *G.* (Strelitz), Zur Psychogenese epileptischer Erscheinungen. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 7, S. 81. (S. 92*.)

111. *Maase* (Berlin), Hypophysiserkrankungen. (S. 103*.)

112. *Maier*, *G.* (Gehlsheim), Elarson bei genuiner Epilepsie. Deutsche med. Wschr. Nr. 35, S. 1677.

113. *Mairet*, *A.*, et *Margarot*, *J.*, Dégénérescense et hystérie. L'Encéphale p. 1.

114. *Mangelsdorf*, *G.* (Stettin), Erfahrungen mit Ureabromin bei Epileptikern. Psych.-neurol. Wschr. (s. 22. II.) Nr. 47, S. 557. (S. 96*.)

115. *Marchand*, *L.*, De l'épilepsie traumatique. La clinique, 4 avril.

116. *Marchand*, *L.* (Charenton), Du rôle de l'alcoolisme dans la pathogenie de l'épilepsie. Revue de Psych. et de Psychol. expérimentale no. 1, p. 1.

117. *Margulies*, *M.* (Gießen), Beispiele graphischer Registrierung von hysterischen und choreatischen Bewegungsstörungen. Klin. f. psych. u. nerv. Krkh. Bd. 8, H. 2, S. 97.

118. *Marimon*, *Juan* (Barcelona), Theoretischer und experimenteller Beitrag zu einer neuen Theorie der Basedowschen Krankheit. Berl. klin. Wschr. Nr. 28, S. 1296.

119. *Maurice* et *Fleury*, Hygiène des gens nerveux. (Étiologie de la neurasthénie.) Arch. de Neurol. no. 2, p. 117.

120. *Mayer*, Zur Serodiagnostik der Epilepsie. Münch. med. Wschr. 1914, Nr. 13. (S. 92*.)

121. *Mendel*, *K.*, und *Tobias*, *E.*, Die Basedowsche Krankheit beim Manne. Neurol. Zentralbl. Nr. 23, S. 1477.



122. *Mercier, R.*, L'hérédo-tuberculose facteur d'arrièration mentale. La clinique, 11 avril.

123. *Merzbacher, L.*, Encefalitis difusa crónica, esclerosis del cerebello, exóstosis multiple en un epiléptico idiota. Rivista de la Sociedad de psiquiatria, neurologia y medicina legal p. 5.

124. *Meyer, A.*, The nature of metastasic tumors of the thyroid. Worcester State hospital papers 1912—13, p. 95—101.

125. *Miyata, T.*, Beitrag zur traumatischen Neurose. Neurologia Bd. 12, H. 4 (japanisch).

126. *Monisset* und *Folliet, L.*, Über die Epilepsie im Verlauf des Typhus. Lyon méd. no. 13.

127. *Morel, L.*, L'insuffisance parathyroïdienne et son traitement. Paris médical no. 15 (15 mars), p. 361.

128. *Müller, P.*, Über das Verhalten der Leukozyten bei Epileptikern. Inaug.-Diss. Gießen. Klin. f. psych. u. nerv. Krkh. Bd. 8, H. 3, S. 253.

130. *Münzer, A.* (Berlin-Schlachtensee), Betrachtungen über die psychischen Anomalien der Epileptiker. Berl. klin. Wschr. Nr. 38, S. 1756 u. Nr. 39, S. 1808.

131. *Münzer* (Berlin), Innere Sekretion und Nervensystem. Berl. klin. Wschr. 1913, Nr. 7—9. (S. 102*.)

132. *Murri, A.*, Über die traumatischen Neurosen. Deutsch von *Cerletti*. Jena, G. Fischer. 64 S. 2 M. (S. 89*.)

133. *Myerson, A.* (Boston), Hysteria with fever and ankle clonus: a case report. Boston med. and surg. Journ. vol. 169, p. 194. (S. 100*.)

134. *Naegeli, Otto* (Tübingen), Über den Einfluß von Rechtsansprüchen bei Neurosen. Leipzig, Veit & Co. 27 S. 1,40 M.

135. *Nathan, W.*, Die psychischen Störungen bei der Huntingtonschen Chorea. Inaug.-Diss. Bonn.

136. *Neu, C. F.* (Indianopolis), The traumatic origin of nervous disturbances in hysterical conditions. The Alienist and Neurologist vol. 34, no. 3, p. 280.

137. *Nissl-Mayendorf, E. v.*, Hirnpathologische Ergebnisse bei Chorea chronica und vom choreatischen Phänomen überhaupt.

Arch. f. Psych. u. Nervenkrkh. Bd. 51, H. 1., S. 40. (S. 99*.)

138. *Oberholzer*, *Emil* (Breitenau-Schaffhausen), Erbgang und Regeneration in einer Epileptikerfamilie. (Ein Beitrag zur Genealogie der epileptischen Anlage und zur Frage der Regeneration.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 16, H. 1—2, S. 105. (S. 94*.)

139. *Oddo* et *Corsy*, La myoclonie épileptique. Revue de psych. et de psychol. expérimentale no. 17, no. 10, p. 397.

140. *Oppenheim*, *H.*, Lehrbuch der Nervenkrankheiten für Ärzte und Studierende. Sechste wesentlich vermehrte und verbesserte Auflage. 2 Bände. Berlin, S. Karger. 52 M. (S. 84*.)

141. *Oswald*, *Ad.*, Die Schilddrüse und ihre Rolle in der Pathologie. Schweiz. Korr.-Bl. Nr. 22.

142. *Parhon*, *Matéesco*, et *Tupa*, Nouvelles recherches sur la glande thyroïde chez les aliénés. L'Encéphale no. 8, p. 139.

143. *Parhon* et *Urechia*, Recherches sur l'action de la pilocarpine sur l'intestin et les glandes salivaires des animaux éthyroïdés. Rapp. du congr. des med. aliénistes et neurologistes de France. (S. 104*.)

144. *Peritz*, Die innere Sekretion und ihre Beziehungen zur Mundhöhle. Deutsche Mtschr. f. Zahnheilk. H. 5. (S. 104*.)

145. *Peritz*, *Georg* (Berlin), Die Spasmophilie der Erwachsenen. Ztschr. f. klin. Med. Bd. 77, H. 3 u. 4.

146. *Perlia*, *Franz*, Beitrag zur Lehre der epileptischen Dämmerungszustände. Inaug.-Diss. Kiel. (S. 96*.)

147. *Piazza*, Psicosi manico-depressiva, morbo di Basedow e atassia tipo Marie; malattia di Friedreich. Rivista Italiana di neuropathologia, psichiatria e elettroterapia vol. 6, p. 97.

148. *Pick*, *A.* (Wien), Behandlung der Appetitlosigkeit, besonders der Nervösen. Wien. med. Wschr. Nr. 2.

149. *Picqué*, *Lucien* (Paris), Hystérie et chirurgie. Revue de Psych. no. 6, p. 221. (S. 101*.)

150. *Pierret*, *A.*, Pathologie de l'épilepsie. Revue de méd. no. 7, p. 521.



151. *Pighini, G.*, Ricerche sulla patologia della epilessia. Rivista sperimentale di Freniatria vol. 39, fasc. 2, p. 378.

152. *Plicque, A.-F.*, Le traitement des terreurs nocturnes. Le bulletin médical no. 39, p. 463.

153. *Pollock, L. J.*, and *Treadway, W. L.*, A study of respiration and circulation in epilepsy. Arch. of intern. med. vol. 11, p. 445. (S. 93*.)

154. *Price, G. E.* (Philadelphia), Psychic epilepsy occurring without other epileptic phenomena. Journ. of nervous and mental disease no. 9, p. 580.

155. *Prochazka*, Ophhalmoplegische Migräne und Ophthalmoplegie. Casopis českých lékaruv 52 (böhmisch). (S. 93*.)

156. *Raecke, J.* (Frankfurt a. M.), Über antisoziale Handlungen epileptischer Kinder. Arch. f. Psych. Bd. 52, H. 3. (S. 96*.)

157. *Rodiet, A.*, De l'influence des emotions dans la genèse de l'attaque d'épilepsie. Le Progrès méd. no. 27.

158. *Rodiet, A.*, Traitement de l'épilepsie par les ferments lactiques. L'Encéphale no. 9, p. 209.

159. *Rodiet, A.*, De la meilleure diététique dans le cas d'épilepsie dite „essentielle". Gaz. des hôp. no. 74, p. 1206. (S. 97*.)

160. *Régis, E.*, et *Hesnard, A.*, Un cas d'aphonie hystérique d'origine émotive. Le rôle pathogêne des émotions oniriques. Journ. de psychol. normale et pathol. no. 3, p. 177.

161. *Reimist, J. M.* (Odessa), Hysterie. Zur Frage der Entstehung hysterischer Symptome. Berlin, S. Karger. 101 S. 3,50 M. (S. 100*.)

162. *Riebes, Wilh.* (Tapiau), Die farblosen Blutzellen bei der Epilepsie. (Mit 7 Textfiguren.) Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 70, H. 2, S. 283.

163. *Roeder, H.* (Berlin), Behandlung der Epilepsie im Kindesalter. Therapie der Gegenwart Nr. 12.

164. *Roepert, Wilhelm*, Über familiäres und hereditäres Vorkommen der Enuresis nocturna. Inaug.-Diss. Heidelberg.

165. *Roshem*, La peur de rougir. Paris médical no. 31, p. 21.

166. *Rothmann, M.*, Eindrücke vom 17. internationalen medizinischen Kongreß in London. Berl. klin. Wschr. Nr. 41. (S. 85*.)



167. *Roux*, *J.*, Les névroses post-traumatiques. Hystérie, neurasthénie, sinistroses. Paris, J.-B. Baillère et fils. 96 p.

168. *Rubino*, *A.* (Neapel), Behandlung der Basedowschen Krankheit. Berl. klin. Wschr. Nr. 12, S. 525. (S. 103*.)

169. *Rülf*, Der familiäre Rindenkrampf. Arch. f. Psych. Bd. 52, H. 2. (S. 94*.)

170. *Sainton*, *P.*, Un cas curieux de phobie professionelle chez un prêtre (la peur de l'autel). Gaz. des hôp. no. 69, p. 1125.

171. *Sauer* (Hamburg), Über das Vorkommen einer Lymphozytose im Blutbild, insbesondere bei den funktionell nervösen Leiden und dessen diagnostische und klinische Verwertung. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 49, H. 4—6.

172. *Scribner*, *E. V.*, A case of epilepsy. Worcester State hospital papers 1912—13, p. 191—198.

172 a. *Scribner*, *E. V.*, A case of epilepsy. The americ. journ. of insan. vol. 69, no. 4, p. 723.

173. *Serobianz*, *N. A.* (Tiflis), Untersuchungen über das Verhalten des Restkohlenstoffs im Epileptikerblut. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 20, H. 4, S. 425.

174. *Sibley*, *W. R.* (London), Psychopathia sexualis: Erotic dreams. Urologic and cutaneous Review. Juni, p. 308.

175. *Siebert*, Über Neuritis. St. Petersburger med. Ztschr. Nr. 24. (S. 89*.)

176. *Sievert*, Zur Lehre von der Maladie des tics convulsifs. Inaug.-Diss. Kiel. (S. 99*.)

177. *Siebert*, Einige Bemerkungen über die allgemeinen Neurosen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. XXXV, H. 4. (S. 86*.)

178. *Simon*, *C.*, Comment faut-il comprendre l'hystérie à la suite des travaux de M. Babinski. Journ. de méd. et de chir. pratique vol. 84, fasc. 11, p. 401.

179. *Sioli*, *Fr.* (Bonn), Über histologischen Befund bei familiärer Myoklonus-Epilepsie. Arch. f. Psych. u. Nervenkrkh. Bd. 51, H. 1, S. 30. (S. 99*.)

180. *Spornberger*, *Kurt*, Zur Lehre vom postepileptischen Dämmerzustand. Inaug.-Diss. Kiel. (S. 96*.)

181. *Ssokolow* (Petersburg), Mors thymica et Asthma thymicum bei Kindern. (S. 103*.)



182. *Sußmann*, *Martin* (Berlin), Elarson bei Epilepsie. Deutsche med. Wschr. Nr. 39, S. 1886.

183. *Sutter*, *Alfred*, Schilddrüse und Jodmedikation. Inaug.-Diss. Freiburg.

184. *Scharnke*, Enuresis u. spina bifida occulta. Arch. f. Psych. Bd. 53, S. 43. (S. 96*.)

185. *Schnee*, *A.* (Frankfurt a. M.), Neues zur Therapie des Morbus Basedowii. Zentralbl. f. innere Med. Nr. 19. (S. 103*.)

186. *Scholz*, Nervös. Berlin, S. Karger. (S. 87*.)

187. *Schott* (Stettin), Erfahrungen mit Sedobrol bei der Behandlung der Epilepsie. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 25, S. 295.

188. *Schrumpf* (St. Moritz), Das Wesen der Neurasthenie, ihr Verhältnis zur Hysterie und bei der Behandlung. Wien. klin. Rundsch. Nr. 8, S. 113; Nr. 9, S. 131; Nr. 10, S. 149.

189. *Stadelmann*, *Heinr.* (Dresden), Wie sollen nervenkranke Kinder unterrichtet werden? Deutsche med. Wschr. Nr. 32, S. 1557.

190. *Steffen*, *H.* (Zürich), Über die salzarme Kost in der Behandlung der Epilepsie. Wien. klin. Rundsch. Nr. 8—13. (S. 98*.)

191. *Steiner*, Über die familiäre Anlage zur Epilepsie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. XXIII. (S. 95*.)

192. *Steiner*, *Maxim.* (Wien), Die psychischen Störungen der männlichen Potenz. Ihre Tragweite und ihre Behandlung. Leipzig und Wien, Fr. Deuticke. 57 S. 1,50 M.

193. *Stern*, *F.* (Kiel), Beiträge zur Klinik hysterischer Situationspsychosen. Arch. f. Psych. u. Nervenkrkh. Bd. 50, H. 3, S. 64 a. (S. 100*.)

194. *Stern*, *W.*, Anwendung der Psychoanalyse auf Kindheit und Jugend. Leipzig, J. A. Barth. (S. 87*.)

195. *Steyerthal*, *A.* (Kleinen), Begriff und Behandlung der Neurasthenie. Berl. Klinik H. 306. Berlin, Fischers med. Buchh. (S. 85*.)

196. *Stoffel* (Mannheim), Neues über das Wesen der Ischias und neue Wege für die operative Behandlung des Leidens. Münch. med. Wschr. Nr. 25, 1913. (S. 91*.)

197. *Strauß*, *H.* (Berlin), Praktische Winke für die chlorarme Ernährung. 2. verm. u. verb. Aufl. Berlin 1914, S. Karger. 63 S. 1,50 M.



198. *Sträußler, E.*, Über den Zustand des Bewußtseins im hysterischen Dämmerzustande. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 16, S. 441. (S. 101*.)

199. *Tarassewitsch, J.* (Moskau), Ein Fall von Tetanie mit Verwirrtheit. Arbeiten aus der psychiatrischen Klinik zu Moskau, herausgegeben von *Th. Rybakow*, Nr. 1, S. 164 (russisch).

200. *Thabuis* et *Barbé*, La composition physico-chimique du liquide céphalo-rachidien des épileptiques. Revue de Neurol. no. 17, p. 248.

201. *Thiemich*, Die Behandlung der Krämpfe im frühen Kindesalter. Deutsche med. Wschr. Nr. 12. (S. 96*.)

202. *Tichomirow, D. M.*, Über die Rolle der Emotion in der Pathogenese der Epilepsie. Obosrenje Psychiatrii 1913, Nr. 3 (russisch). (S. 93*.)

203. *Thomson, H. C.* (London), Traumatic neurasthenia. The journ. of mental science no. 247, p. 582. (S. 89*.)

204. *Thorspecken, O.* (Bremen), Die Krämpfe der kleinen Kinder. Beihefte s. Med. Klinik Jahrg. 9, H. 6.

205. *Tobias, A.*, Zur Prognose und Ätiologie der Kinderhysterie. Inaug.-Diss. München.

206. *Toulouse, E.*, et *Marchand, L.*, Influence de la menstruation sur l'épilepsie. Revue de Psych. et de Psychol. expérimentale no. 5, p. 177. (S. 93*.)

207. *Traugott, R.* (Breslau), Die nervöse Schlaflosigkeit und ihre Behandlung. 3. völlig umgearbeitete und stark vermehrte Auflage. Würzburg, Curt Kabitzsch. 116 S. 2 M.

208. *Trénel* et *Capgras*, Maladie de Basedow. Dépression mélancolique avec état squellettique guéri au bout de quatre ans. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. no. 8, p. 342.

209. *Ulrich, A.* (Zürich), Ergebnisse und Richtlinien der Epilepsietherapie, insbesondere der Brombehandlung in Verbindung mit salzarmer Kost. Ergebn. d. inneren Med. u. Kinderheilk. Bd. 12, S. 363. (S. 97*.)

210. *Underhill, A.*, Sexual neurasthenia in men. Journ. of the americ. med. associat. vol. 60, p. 1869.

211. *Veit*, Zur Kasuistik operativer Epilepsiebehandlung. Arch. f. Psych. Bd. 52, H. 3, S. 988. (S. 97*.)



212. *Wachsmuth, H.* (Eichberg), Beiträge zur Fehldiagnose Hysterie. Arch. f. Psych. Bd. 52, H. 3. (S. 100*.)

213. *Walter* (Gehlsheim), Die Wirkung der normalen und pathologisch veränderten Schilddrüse auf das Nervensystem nach experimentellen Untersuchungen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 70, H. 5, S. 849.

214. *Weill, Robert*, Über psychische Störungen bei Chorea minor (infektiöse Chorea). Inaug.-Diss. Straßburg.

215. *Williams*, Multiple professional cramps in a psychasthenie. New York medical journal, 15. Febr.

216. *Wimmer, A.* (Kopenhagen), Über dissoziierte und athetoide Bewegungsstörungen bei traumatischer Hysterie. Med. Klinik Nr. 15, S. 581.

217. *Wiswianski*, Der diagnostische und therapeutische Wert der Nervenmassage. Ztschr. f. d. physik. u. diätet. Therapie. Dez. 1913.

218. *v. Wyß, H.* (Zürich), Die pharmakologischen Grundlagen der Bromtherapie bei der genuinen Epilepsie. Deutsche med. Wschr. Nr. 8, S. 345. (S. 96*.)

219. *Zahn, Th.* (Stuttgart), Zur Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit bei nervösen Zuständen. Med. Klinik Nr. 36, S. 1446.

220. *Ziegelroth* (Krummhübel), Neue Wege zur Erkenntnis und Behandlung Nervenleidender. Frankfurt a. O., M. Richter. 136 S. 2 M.

A. Allgemeines.

Oppenheims (140) Lehrbuch der Nervenkrankheiten, das in 6. Auflage erschienen ist, nimmt zu den zahlreichen neuen Problemen der Nervenpathologie, die die letzten Jahre gebracht haben, Stellung. In der Einteilung des Stoffes ist das erheblich vergrößerte Werk gleich geblieben. In der allgemeinen Anatomie und Pathologie sind besonders die Verhältnisse und Beziehungen des sympathischen und autonomen Systems zu den endokrinen Drüsen berücksichtigt. Bei der Diagnostik sind die Lumbalpunktion und die Methoden der Liquoruntersuchung, ferner die von *Barany* ausgearbeiteten Methoden der Prüfung auf Kleinhirn- und Vestibularerkrankungen eingehend beschrieben. Bei der Polyomyelitis wird nach den Erfahrungen der letzten Epidemien der infektöse Charakter der Erkrankung nachdrücklich betont und die Abweichungen vom typischen klinischen Bild besonders hervorgehoben. Neu sind viele Einzelheiten über die athetotischen Bewegungsstörungen und das Symptomenbild der Dystonia deformans. In der Therapie ist



O. der vorsichtige Skeptiker geblieben, der alle Vorschläge gewissenhaft prüft, aber das „nil nocere“ als vornehmsten Grundsatz festhält. Die hervorragende Bedeutung der Salvarsantherapie für die akuten Fälle wird anerkannt, dabei aber der Wert der alten Quecksilberbehandlung betont. Unter den chirurgischen Behandlungsmethoden wird namentlich die Operation der Rückenmarks- und Hirntumoren und die neuen Fortschritte auf diesem Gebiet eingehend besprochen und ebenso sind die *Förster*sche und *Stoffel*sche Methode der Wurzel- und Nervenresektion gebührend erwähnt und beschrieben.

Die Zahl der Lehrbücher der Nervenkrankheiten ist vermehrt durch das von *Bing* (23) und das von *Jakobsohn* (79). Beide, von praktisch erfahrenen Autoren geschriebenen Bücher bringen in gedrängter und einheitlicher Form das gesamte Material der Nervenkrankheiten zur Darstellung, berücksichtigen dabei die neuesten Forschungsergebnisse und geben vielfach schöne, instruktive Bilder und Schemata; wir möchten dabei aber meinen, daß wenigstens für die nächsten Jahre, das Bedürfnis des deutschen ärztlichen Publikums nach neuen Darstellungen der Nervenkrankheiten vollauf befriedigt wäre; es kann wenigstens sachlich nichts Neues mehr gebracht werden und die Darstellung muß sich doch auch mehr oder weniger an den durch den Stoff gegebenen Rahmen halten.

Von dem *Lewandowsky*schen Handbuch (106) ist im Berichtjahr der 4. Band erschienen, der die Krankheiten der Blutdrüsen in ihren Beziehungen zu den Erkrankungen des Nervensystems enthält. Die einzelnen Kapitel sind von bewährten Autoren übernommen und in erschöpfender Weise dargestellt. Dabei ist entgegen manchen ganz modernen Bestrebungen die Basedowerkrankung in der Bearbeitung von *Eppinger* als klinische Krankheitseinheit weitergeführt und nicht in den etwas uferlosen Begriff der endokrinen Störungen aufgenommen. Die letzteren finden aber eine eigene Bearbeitung in dem Abschnitt über die multiglandulären Störungen, wobei der „thyreo-testikulär-hypophysäre“ Symptomenkomplex als ein eigenes Syndrom herausgestellt wird; auch der Status thymico-lymphaticus wird in einem besonderen Kapitel besprochen. Übrigens ist inzwischen auch der Schlußband des Handbuches erschienen und damit das groß angelegte Werk zum Abschluß gekommen.

Rothmann (166) gibt in einem kurzen Bericht die Eindrücke von der neurologischen Sektion des internationalen Kongresses in London wieder und deutet dabei namentlich darauf hin, daß die Neurologie ihren großen Aufgaben bezüglich Diagnose und Therapie nur dann gerecht werden kann, wenn besondere Forschungsinstitute für diese Disziplin entstehen.

B. Neurasthenie und Nervosität.

Steyerthal (195) hat den Begriff der Neurasthenie beschränkt auf jene reizbare psychische Schwäche, die der vorher gesunde leistungsfähige Mensch im Kampf ums Dasein erwirbt; dabei wird nachdrücklich die psychische Grundlage aller neurasthenischen Symptome betont. „Wer die Nervenschwäche mit auf die Welt bringt, ist kein Neurastheniker, sondern ein Psychopath oder Psychastheniker. Abzugrenzen sind auch die unter den gleichen Symptomen verlaufenden Formen



von Nervenschwäche, die das Prodromalstadium einer schwereren psychischen Erkrankung darstellen oder symptomatisch bei einer schweren körperlichen Erkrankung auftreten. Man kann diesen Ausführungen zustimmen, aber die Gerechtigkeit hätte es erfordert zu erwähnen, daß der verstorbene *Cramer* bereits vor 5 Jahren in seinem Buch über „Nervosität" diesen Unterschied zwischen der angeborenen und erworbenen Neurasthenie ebenso scharf hervorgehoben hat, ohne damit sehr viel Anklang zu finden. Ferner, wenn man alle Fälle angeborener Schwäche von der Bezeichnung „Neurasthenie" ausschließen will, werden dieser Krankheitsbezeichnung sehr wenig Fälle übrig bleiben. Denn die Menschen, die aus voller körperlicher und geistiger Gesundheit heraus infolge äußerer Schädigungen neurasthenisch werden, sind sehr selten, wie auch schon *Cramer* betont hat. Endlich ist bei diesen seltenen Fällen auch eine völlige Heilung durch Beseitigung der Krankheitsursache, nicht nur eine Erziehung zur Gesundheit zu erreichen. Als *Beard* den Begriff der Neurasthenie aufstellte, war offenbar die Bedeutung der endogenen Disposition für das Entstehen der Nervenschwäche noch nicht so bekannt, wie heute; er hat viele Fälle, die auf dem Boden angeborener Veranlagung entstanden waren, für erworben gehalten. Daß aber die große Mehrzahl der „Neurastheniker" von Haus aus disponiert sind und deshalb nicht geheilt, sondern nur erzogen werden können, hat namentlich wieder *Cramer* scharf hervorgehoben und für diese Fälle im Gegensatz zu der selteneren, echten (erworbenen) Neurasthenie die Bezeichnung „endogene Nervosität" vorgeschlagen.

Auch *Siebert* (177) findet aus der Untersuchung eines größeren Krankenmaterials, daß die sogenannten neurasthenischen Zustände in der geringsten Anzahl als erworben anzusprechen sind, sondern sich meist die Kriterien der angeborenen Schädigung der psychisch-nervösen Funktionen nachweisen lassen. Er betont weiter die ausgesprochene Periodizität im Ablauf vieler funktioneller Neurosen und schließt daraus eine nahe Verwandtschaft zwischen Neurose und Psychose, die nach seiner Ansicht auch aus der längeren Beobachtung dieser Fälle oder aus der nicht in allen Fällen zu erhaltenden genaueren Anamnese hervorgeht. Namentlich findet er enge Beziehungen zwischen Neurosen und manisch-depressivem Irresein. Hier muß allerdings darauf hingewiesen werden, daß die sogenannte manisch-depressive Konstitution noch nicht identisch ist mit Geistesstörung und daß nach den an einem stationären Material gewonnenen Erfahrungen des Referenten die wirklichen Neurosen, seien sie erworben oder endogen bedingt, fast nie in eine wirkliche Psychose übergehen; wo solche Übergänge vorkommen, handelt es sich fast durchweg um die Initialstadien einer zu dieser Zeit noch latenten echten Psychose.

Im Gegensatz zu den genannten Autoren wirft *Rumpf* (169a) die exogenen und endogenen Ursachen der Neurasthenie wieder zusammen und glaubt, daß bei der Ätiologie in den meisten Fällen beide Ursachen in Frage kommen. Das primäre bei der Neurasthenie sei aber die „organische nervöse Depression", nicht die psychischen Veränderungen; deshalb sei die Neurasthenie durch bloße Psychotherapie auch nicht zu heilen. Die Neurasthenie sei seltener als man gewöhnlich annehme; denn sehr viele Fälle, die unter diesem Namen geführt würden, gehörten zu der

Hysterie, die der Verfasser als eine rein psychische, durch Auto- und Heterosuggestion entstandene Krankheit auffaßt.

Aus der Anschauung, daß die Neurosen in erster Linie Störungen der psychischen Funktionen seien, ja daß sie aus dem individuellen Charakter hervorgehen, sind in den letzten Jahren eine Anzahl Publikationen entstanden, die dem Patienten durch Aufklärung über Art und Entstehung seines Leidens Heilung bringen sollen.

Dahin gehört das Buch von *Bergmann* (16) und das von *Scholz* (186). Beide Werke sind bestimmt, dem Patienten in die Hand gegeben zu werden; sie sind gewandt geschrieben und vermeiden die Klippe, ein Lehr- und Behandlungsbuch für Kurpfuscher, anstatt ein Aufklärungsbuch zu sein. Wenn sie dem Patienten in die Hand gegeben werden, ist aber immer zu bedenken, daß sie das gesprochene Wort des Arztes nicht ersetzen und doch auch dem Arzt viel von dem wegnehmen, was er zu sagen hat; der Patient weiß eben das dann auch schon.

Adler (1) faßt die Ausführungen seiner früheren Arbeiten in einem kurzen Vortrage zusammen: der Neurose liegt das Gefühl der Minderwertigkeit aus angeborener Anlage zugrunde; um dieses Defizit zu verdecken, konstruiert sich der Patient ein fiktives Lebensideal, zu dessen Erreichung er die Hilfsmittel der neurotischen Symptome benutzt. Diese stellen vielfach eine Überkompensation der aus der angeborenen Minderwertigkeit hervorgehenden Defektleistung dar. Die psychische Behandlung muß davon ausgehen, daß alle Krankheitsäußerungen einheitlich dem Zweck dienen sollen, den fiktiven Lebensplan durchzuführen.

Das Buch von *Löwenfeld* (109) über die Beziehungen von Sexualleben und Nervenleiden ist in 5. Auflage erschienen. Es stellt in umfassender Weise das gesamte Thema dar, nimmt auch zu den *Freud*schen Theorien Stellung und gibt eigene Anschauungen hierzu wieder. Bemerkenswert ist, daß er Äußerungen der Sexualität im Kindesalter von einer besonderen sexuellen Konstitution abhängig macht. Das ganze Werk ist, wie die früheren Auflagen sehr vorsichtig und kritisch gehalten, verläßt nie den Boden der klinischen Beobachtung und ist wohl das beste auf diesem Gebiete.

Eine bemerkenswerte Darstellung und Interpretation der *Freud*schen Theorie gibt *Jung* (86). Im Gegensatz zu *Freud* sieht er die Hauptursache der Neurosen in Gegenwartskonflikten, nicht in kindlichen Sexualerlebnissen. Den „Libido"-begriff faßt er noch weiter als *Freud* und versteht darunter nicht nur den Sexualtrieb, sondern alle Willensenergie, die den Menschen zur Erhaltung des Individuums und der Art antreibt.

Eine scharfe Kritik an *Freuds* Psychoanalyse eines Fünfjährigen gibt der Breslauer Psychologe *Stern* (194). Er macht darauf aufmerksam, daß *Freud* zu ganz falschen Schlußfolgerungen kommt und daß die Methode überhaupt aus pädagogischen und anderen Gründen sehr bedenklich sei; angesichts des immer weiter um sich greifenden Unfugs, daß Geistliche, Lehrer und „Erzieher" die Psychoanalyse in ähnlicher Form, wie in dem *Freud*schen Musterbeispiel bei den ihnen anvertrauten Kindern anwenden, ist dieser Protest, dem sich auch weitere Kreise angeschlossen haben, nur zu berechtigt.

Ladame (100) gibt ein kritisches Referat der *Freud*schen Theorien, in dem fast alle Arbeiten der *Freud*schen Schule berücksichtigt werden und auch die Gegner fast vollzählig angeführt sind. Er kommt im ganzen zu einer Ablehnung der *Freud*schen Anschauungen, wenn er auch einzelne Punkte darunter als berechtigt anerkennt.

Behrenroth (11) schildert nochmal die von *Herz* als „Phrenokardie" abgegrenzte Herzneurose mit ihrer auf unbefriedigte sexuelle Erregungen zurückzuführenden Ätiologie. Die Hauptsymptome sind Herzschmerzen, Atemstörungen, Veränderungen der Herztätigkeit. Die Therapie muß die ätiologischen Momente berücksichtigen.

Lilienstein (108) will als „Kardiothymie" einen Symptomenkomplex bezeichnen, der bei Herzerkrankungen, namentlich nach Dekompensation entsteht. Von den eigentlichen Herzneurosen ist dieses Bild abzugrenzen, weil die Symptome: Schlaflosigkeit, chronische Obstipation, Verstimmung, manchmal delirante Zustände, nicht ausschließlich auf das Herz beschränkt, sondern Allgemeinerscheinungen sind. Die Neurose wird in Verlauf und Therapie von der Grunderkrankung bestimmt.

Benon (14) beschreibt Neurosen, die mit epigastrischen Sensationen vom Gefühl der Schwäche oder Angst einhergehen, aber nicht mit Magenerkrankungen zusammenhängen, sondern rein psychisch bedingt sind.

Horn (74) hat unter der Leitung von *Rumpf* an einem größeren Material von Eisenbahnunfällen die hierbei entstehenden Neurosen studiert und kommt zu folgenden Schlußfolgerungen: Den Begriff der traumatischen Neurose kann man in eine Anzahl von Unterformen nach den speziellen ätiologischen Gesichtspunkten auflösen: infolge direkter Einwirkung entstehen „Schreckneurosen", Kommotionneurosen, wozu jedoch nicht die durch schwerere Verletzungen hervorgerufenen organischen Erkrankungen zu rechnen sind; etwas anders geartet und deshalb symptomatologisch abzugrenzen sind die nach lokalen Traumen und die nach allgemeiner Erschütterung entstehenden Neurosen. Als mittelbare Unfallfolgen unter der Einwirkung von Befürchtungs- und Begehrungsvorstellungen entstehen Rentenkampf- und Abfindungsneurosen. Die Prognose der Eisenbahnneurosen ist im allgemeinen günstig, hängt jedoch wesentlich von der Art des Entschädigungsverfahrens ab. Dabei wird in sehr nachdrücklicher Weise die einmalige Abfindung befürwortet, deren etwaige Nachteile durch sorgfältige erstmalige Begutachtung zu vermeiden sind. Besondere Grundsätze für die Festlegung der Abfindungssumme werden angegeben. Wenn die nach Betriebsunfällen entstehenden Neurosen wegen der meist fehlenden Schreckwirkung etwas anders zu beurteilen sind, so werden doch auch für sie die entwickelten Gesichtspunkte, namentlich bezüglich der einmaligen Abfindung zutreffen; diese wird deshalb auch für diese Fälle warm befürwortet.

Veraguth (211 a) meint, daß die Psychologie der traumatischen Neurosen noch zu wenig ausgebaut sei; mit dem Schlagwort „Begehrlichkeitsvorstellungen" und „Rentenhysterie" sei sie nicht erledigt. Er führt den Begriff der biologischen Korrekturen ein: psychische Leistungen, die bei jedem Unfall in Aktion treten und



deren Wirkung durch die Unfallgesetzgebung weitgehend paralysiert werde. Weiter sei es erforderlich, die Individualpsychologie der Unfallneurotiker mit Hilfe der Komplexforschung zu studieren. Er gibt aber selbst zu, daß die Psychoanalyse teils in Form der freien Aussprache, teils mit Hilfe des Assoziationsexperimentes und des von ihm ausgebauten psychogalvanischen Versuches nur bei den Patienten durchführbar ist, die nicht unter der Versicherungsgesetzgebung stehen. Nach seiner Meinung spielen in der Psychologie der Unfallneurosen namentlich die Komplexe eine Rolle, die im Moment des Unfalles in besonderer Stärke vorhanden waren, dann aber auch später einsetzende Komplexe. Das sind aber meines Erachtens Momente, die wohl psychologisch ganz interessant sein können, aber nicht als pathogen gewertet werden dürfen; denn es handelt sich hier doch um ubiquitäre Dinge: irgendwelche Komplexe hat schließlich jeder in jedem Moment; tragen wir erst diesen Gesichtspunkt noch in die Untersuchung der „Verunfallten" hinein, so werden wir noch die Fälle von Komplexneurose bekommen und dann wird es wohl bald überhaupt keinen Unfall ohne Neurose mehr geben. Vom praktischen Gesichtspunkt aus sind also die Ausführungen *Veraguths* nicht zu brauchen; sie bringen nur eine Anzahl neuer komplizierter Ausdrücke für schon länger bekannte normalpsychische Vorgänge und komplizieren dadurch das ganze Problem noch etwas.

Die Abhandlung von *Murri* (132) bringt zu der Frage der traumatischen Neurosen nichts Neues, sondern gibt nur eine historische Entwicklung und kritische Darstellung der verschiedenen Anschauungen.

Thomson (203) gibt eine Theorie über die Entwicklung der traumatischen Neurosen, die mit einer Ernährungsstörung der Hirnzentren und ihrer Zellen rechnet. Er stellt ein Schema auf, das die möglichen Beziehungen zwischen den höheren und tieferen Hirnfunktionen erläutern soll.

Kasuistik, auf Grund welcher *Kodym* (89) betreffs Prognose folgende Schlüsse zieht: die Prognose bei traumatischer Neurasthenie ist nicht so schlimm, denn etwa ¼ der Patienten wird geheilt, etwa ½ wesentlich gebessert und nur der Rest bleibt ungeheilt. Prognostisch verwerten lassen sich hauptsächlich objektiv nachweisbare Symptome nur dann, wenn sie in größerer Anzahl gleichzeitig auftreten (Pulsveränderungen, erhöhte vasomotorische Reizbarkeit, Tremor der Zunge und der Finger, Verengerung des Gesichtsfeldes usw.). Die Arteriosklerose, die ein Symptom sein soll, ist ganz zufällige Erscheinung. (*Jar. Stuchlik*-Zürich.)

Siebert (175) stellt, ohne wesentlich Neues zu bringen, die exogenen Ursachen der Neuritis dar, die infektiösen, toxischen, mechanischen Momente und macht auf die praktische Bedeutung der einzelnen ätiologischen Formen aufmerksam.

Benon (13) schildert als periodischen Schwächezustand ein von Zeit zu Zeit auftretendes Gefühl von äußerster Schwäche ohne Schmerzen, ohne psychische Störungen, aber mit dem äußersten Gefühl der Ermüdung und Depression; der Zustand ist zum erstenmal aufgetreten im Anschluß an schwere Verstimmung über den Tod eines Kindes. Der ganze Symptomenkomplex weist doch darauf hin, daß hier eine leichte Form periodischer Melancholie vorliegt.

Breiger (31) hat an dem Material der Heilstätte Schönow Untersuchungen



mit Hilfe des Plethysmographen angestellt und gefunden, daß bei Nervenkranken, wie bei Gesunden, während körperlicher oder geistiger Arbeitsleistung im Plethysmogramm Veränderungen auftreten, die einen gesetzmäßigen Verlauf zeigen. Im allgemeinen tritt nach Bewegung des einen Armes eine Volumzunahme des anderen Armes auf. Bei Ermüdung, nervösen Schmerzen fand sich manchmal eine Umkehrung dieser Erscheinung, so daß die Arbeitsleistung von einem Sinken des Volumens begleitet wurde. Bei Erwartung, Depression, Spannung blieb die Reaktion überhaupt aus. Die plethysmographischen Untersuchungen können daher nur in beschränktem Maße bei der Beobachtung von Nervenkranken herangezogen werden.

Bunnemann (34) führt aus, daß eine Reihe von schmerzhaften Zuständen auf rein psychogenem Weg entstehen, also dadurch, daß irgendein Sinneseindruck unter dem Einfluß eines gleichzeitigen Affektes oder einer affektbesetzten Vorstellung besonders nachhaltig wirkt. Eine Reihe von Beispielen erläutert diesen Mechanismus, der aus der Hysterielehre eigentlich schon bekannt ist.

Bumke (34a) hat festgestellt, daß bei normalen Menschen mit schwachen galvanischen Strömen eine Lichtempfindung durch Applikation am Auge hervorgerufen werden kann; nicht viel höhere Ströme genügen, um am anderen Auge eine mäßige Pupillenbewegung hervorzurufen. Bei stark ermüdeten Menschen, ferner bei der durch exogene Ursachen hervorgerufenen Neurasthenie (Infektion, Intoxikation, Blutverlust, Anämie) ist dieses Verhältnis verschoben; die Stromstärke, bei der die Pupillenbewegung ausgelöst wird, ist durchschnittlich 10 mal so groß als die für die Lichtempfindung erforderliche.

Trömner (207a) führt aus, daß das Stottern nicht, wie *Kußmaul* meinte, auf spastischen Innervationen der Sprachmuskeln beruht, sondern auf Innervationshemmungen, die eingeschaltet sind auf dem Weg vom Sprachplan zum Sprachakt. Die Ursachen sind, wie bei anderen Zwangsneurosen, psychische und beruhen darauf, daß nervöse Störungen, welche gelegentlich aufgetreten sind, sich später vermöge einer pathologischen Fixationstendenz auch ohne die primäre Ursache unter dem Gefühl eines inneren Zwanges wiederholen. Das Stottern hat mit der Zwangsneurose des Tiks gemeinsam die häufige neuropathische Grundlage, die Entstehung durch Gelegenheitsursachen, z. B. hirnschwächende Einflüsse, die Beeinflußbarkeit durch Aufmerksamkeit, Vorstellungen und Angst.

Assatiani (4) versucht, die *Pawlow*schen bedingten Reflexe zur Erklärung verschiedener Symptome einiger Neurosen heranzuziehen. Das Wesen der bedingten Reflexe besteht bekanntlich darin, daß ein Vorgang, der sich regelmäßig zusammen mit einem Reiz abspielt, der an und für sich einen bestimmten (absoluten, unbedingten) Reflex hervorzurufen pflegt, mit der Zeit die Eigenschaft zeigt, auch selbständig, ohne den betreffenden Reiz diesen (nunmehr bedingten) Reflex hervorzurufen. Wird z. B. einem Hunde Fleisch vorgehalten, so erfolgt reflektorisch Speichelabsonderung. Geschieht das mehrmals und erschallt z. B. jedesmal dabei ein bestimmter Ton, so wird nach einiger Zeit dieser Ton allein die reflektorische Speichelabsonderung bewirken. *Assatiani* meint, daß verschiedene Symptome mancher Neurosen nach dem Mechanismus der bedingten Reflexe durch Erscheinungen hervorgerufen werden, die an und für sich psychisch indifferent sind, aber

dadurch wirken können, daß sie in zeitlichem Zusammenhang mit unangenehmen quälenden Vorgängen stehen. (Verf. scheint aber zu übersehen, daß für das Zustandekommen eines bedingten Reflexes ein mehrmaliges Zusammentreffen der schädigenden mit den indifferenten Erscheinungen erforderlich ist, was hier wohl nur sehr selten, in den vom Verf. angeführten Beispielen überhaupt nicht, zutrifft. Ref.) (*Fleischmann*-Kiew.)

Cornelius (39) bespricht in einem größeren Werk, das als 2. Band einer Gesamtdarstellung erschienen ist, die von ihm aufgestellte Nervenpunktlehre. Sie beruht auf der Anschauung, daß bei vielen Neuralgien und Neurosen die Ursache nicht in rein zentralen, nur psychisch bedingten Störungen zu suchen sei, sondern beruhen auf peripheren Nervenpunkten. Diese sind durch eine besonders fein ausgebildete Untersuchungstechnik zu ermitteln; sie sind schon bei leisem Druck schmerzhaft und lassen als weitere Reaktion eine umschriebene Muskelspannung erkennen. Die Ursache können periphere Schädigungen aller Art sein; *C.* meint aber, daß auch allgemeine Schädigungen imstande sind, Nervenpunkte zu erregen. Durch eine besondere Massagemethode sollen die Nervenkpunkte beruhigt werden und damit eine Heilung sehr vieler Neuralgien und Neurosen erzielt werden. Den 1. und 2. Teil des Buches nimmt eine sehr breit ausgesponnene Polemik gegen die Kritiker der Nervenpunktlehre und die ablehnende Haltung der Schulneurologie ein.

Stoffel (196) wendet die von ihm früher publizierten Grundsätze auch auf die Behandlung der Ischias an. Nach seiner Anschauung ist der Ischiadikus kein einheitlicher Nerv, sondern ein Konglomerat motorischer und sensibler Nervenbündel. Die Ischias ist deshalb eine Neuralgie eines oder mehrerer dieser sensiblen Bündel. Mit Hilfe der Querschnittstopographie des Nervenstammes kann das jeweils affizierte Bündel bestimmt, von den übrigen isoliert und auf eine Strecke reseziert werden. Dadurch sollen die Schmerzen aufhören, ohne daß eine störende Sensibilitätsverminderung zurückbleibt.

Braun (30) schildert in mehreren Publikationen ausführlich die von *Dubois* als Persuasion bezeichnete Methode der Psychotherapie und empfiehlt ihre Anwendung bei den Neurosen. Durch alle auch die hier nicht besprochenen Publikationen auf therapeutischem Gebiet geht zu sehr das Bestreben ausschließlich auf die Bedeutung einer Methode zu schwören und die anderen als minderwertig zu bezeichnen. Zudem findet man sehr häufig eine „Methode“ als etwas vollständig Neues und Grundlegendes erwähnt, während mindestens die Grundzüge jedem denkenden Arzt schon bekannt waren.

C. Epilepsie.

Die große Monographie von *Binswanger* (26) ist in 2. Auflage erschienen. Wenn im allgemeinen die Einteilung der ersten Auflage beibehalten ist, so sind doch die einzelnen Abschnitte entsprechend den Fortschritten in der Erkenntnis weitgehend umgearbeitet und verbessert. An die Spitze seiner Erörterungen stellt *B.* den Satz, daß die Epilepsie eine chronische Erkrankung des Nervensystems ist; ihre Äußerungen bestehen in wiederkehrenden Krampfanfällen mit Bewußtlosigkeit oder in psychopathischen Begleit- und Folgeerscheinungen. Wenn *B.*

damit an dem Epilepsiebegriff als einer Krankheitseinheit festhält, so rechnet er doch nur die Fälle dazu, bei denen die weitere Beobachtung zeigt, daß der einzelne Anfall nur die Teilerscheinung eines chronischen Krankheitsprozesses ist. Die isolierte Reizung bestimmter Hirnrindenregionen ruft nie das Gesamtbild des epileptischen Anfalls hervor; dazu ist Ausbreitung der Erregung in der Fläche und in die Tiefe (weitere Rindengebiete und Stammganglien) erforderlich. Unter den vorbereitenden Ursachen der Epilepsie wird besonderer Nachdruck auf die angeborene Prädisposition gelegt, die nach *B.* in mehr als der Hälfte der Fälle vorhanden ist. Die Anhäufung giftiger Substanzen im Blut während der epileptischen Ladung beruht auf einer Störung in der Arbeitsleistung der zentralen Nervenzelle, ist aber nicht die primäre Ursache der Epilepsie.

Ermakow (48) schreibt über „Hystero-Epilepsie". Er gibt zuerst die bekannten differentialdiagnostischen Merkmale zwischen epileptischem und hysterischem Anfall, dann schildert er vier Fälle, die auf degenerativem Boden unter dem Eindruck äußerer, psychogen wirkender Erlebnisse Anfälle bekamen, die äußerlich epileptischen Anfällen gleichsehen, aber unter einer suggestiven Behandlung verschwinden. Richtiger würde man diese Erkrankung, die der Verfasser Epilepsie hysterique nennt, wohl als Hysterie von epileptischem Charakter bezeichnen.

Lomer (110) geht von dem Gedanken aus, daß die Epilepsie auf einer hereditär-toxisch bedingten Giftwirkung beruht, die eine erhöhte Reizbarkeit der Hirnrinde und raschere Auslösung motorischer Abläufe bedingt. Eine der äußeren Reizungen, die auf dieser Grundlage den einzelnen Anfall auslöst, seien Schwankungen des Barometerstandes oder des durch den Barometerstand angezeigten Luftdruckes. Man solle die Epileptiker in Gegenden mit möglichst gleichmäßigem Luftdruck versetzen.

Bensch (15) schildert in seiner Dissertation aus der Bonner Klinik zwei Fälle von typischem epileptischem Dämmerzustand, von denen der eine durch ungewöhnlich lange, über Monate sich erstreckende Dauer ausgezeichnet ist.

Benon und *Legal* (12) geben eine systematische Darstellung der epileptischen Demenz; sie schildern ihre psychologischen Elemente, wobei allerdings die affektive Seite dieser Störungen sehr wenig berücksichtigt wird; ebenso wird die eigentümliche Weitschweifigkeit und Umständlichkeit beim Sprechen kurz mit dem Ausdruck Manieren abgetan. Als verschiedene Formen bezeichnen die Verfasser die durch die Entwicklung, das Lebensalter, bestimmte Züge hervorgerufenen Unterschiede in den Erscheinungsformen der epileptischen Demenz. Differentialdiagnostisch muß die Demenz abgetrennt werden von anderen psychischen Äußerungen der Epilepsie, der Verwirrtheit, den Dämmerzuständen, den psychischen Störungen, ferner von anderen Demenzformen, der Idiotie, der Dementia praecox, der senilen Demenz; nicht leicht ist ihre Abgrenzung gegenüber der durch organische Hirnerkrankungen bedingten Demenz.

Mayer (120) hat die *Abderhalden*sche Reaktion bei Epileptikern nachgeprüft. Im Gegensatz zu *Binswanger* fand er selten Gehirnabbauvorgänge weder innerhalb noch vor oder zwischen den Anfällen. Es gelingt auch nicht, die konstitutionell-dynamische Epilepsie damit von der organisch-bedingten abzutrennen. Man kann



deshalb keine diagnostischen oder therapeutischen Schlüsse auf die Reaktion aufbauen.

Bei seinem Falle von ophthalmoplegischer Migräne konnte *Prochazka* (155) einen interessanten Wechsel der großen (vierwöchentlichen) und kleinen (zwei- bis dreitägigen) Anfälle konstatieren: nach jedem großen Anfalle kamen für lange Zeit (etwa 4 Jahre) auch die kleinen nicht vor, ebenso wie bei Epilepsie nach dem Grand mal die Petits mals nicht aufzutreten pflegen. (*Jar. Stuchlik*-Zürich.)

Jödicke (85) will die Tatsache, daß jeder echt-epileptische Anfall, auch in der Form des Petit mal, von einer Hyperleukozytose gefolgt ist, zur differentialdiagnostischen Abgrenzung der echt-epileptischen Paroxysmen gegen hysterische und andere funktionelle Zustände benutzen. Vielleicht ist hier auch ein Weg gegeben zur weiteren Analyse der affektepileptischen Anfälle.

Toulouse und *Marchand* (206) haben die Beziehungen zwischen Menstruation und epileptischen Anfällen an statistischen Beobachtungen festgestellt. Bestimmte, gesetzmäßige Beziehungen können sie nicht auffinden; in manchen schließt sich der Ausbruch der Epilepsie an das erste Auftreten der Menses an; manchmal häufen sich in der Menstruationszeit die epileptischen Anfälle. Auch die Dysmennorrhoe und Amenorrhoe üben keinen gesetzmäßigen Einfluß auf den Gang der Epilepsie aus.

Pollock und *Treadway* (153) haben den Einfluß der Zirkulation und Respiration auf den Gang der Epilepsie studiert und kommen zu folgenden Schlüssen: In manchen Fällen gibt es rhythmische Schwankungen des Blutdruckes unabhängig von der Respiration. Häufig tritt vor einem Anfall eine Blutdrucksteigerung und dann ein plötzlicher Abfall des Druckes auf, dem dann der Anfall folgt. Die Veränderungen der Zirkulation und Respiration vor und während des epileptischen Anfalles weisen auf die Beteiligung der Medulla oblongata hin.

Tichomirow (202) beschreibt einen letal verlaufenen Fall von Status epilepticus, der in unmittelbarem Anschluß an ein psychisches Trauma ausgebrochen war. Vor dieser seelischen Erschütterung hatte der Patient wahrscheinlich nie epileptische Anfälle. Verf. knüpft an die Beschreibung des Falles Betrachtungen über den kausalen Zusammenhang zwischen seelischen Erschütterungen und dem Ausbruch von Epilepsie resp. einzelnen epileptischen Entladungen. Er tritt gegen die Auffassung auf, wonach die Erkrankungen und Anfälle, die auf dem Boden von seelischen Emotionen auftreten, als Fälle von Hysterie oder Hysteroepilepsie zu behandeln sind, und führt seinen Fall, der einen tödlichen Verlauf genommen hat, als Beweis gegen diese ziemlich verbreitete Auffassung ins Feld. (*Fleischmann*-Kiew.)

Hebold (66) hat bei mehreren Epileptikern, die einen Naevus vasculosus des Gesichts hatten, bei der Obduktion ein diesem Naevus entsprechendes Angiom der Pia der gleichen Gehirnseite mit Entwicklungsstörungen des Gehirns festgestellt. Es handelt sich also hier um organisch bedingte Epilepsien; die Naevi entstehen in einer sehr frühen Entwicklungsstufe, wo die obere Kieferspalte noch nicht geschlossen ist.

Krumholz (97) beschreibt die Erkrankung eines 16 jährigen Mädchens, bei der nach kurzen Prodromen fortgesetzte Zuckungen der rechten Gesichtsseite und des rechten Armes ohne Bewußtseinsverlust, dann auch generalisierte Anfälle

auftraten. Es fand sich eine umschriebene Erkrankung in der linken motorischen Rinde vom Charakter der hämorrhagischen Enzephalitis, die bereits zu starker Glianeubildung geführt hatte.

Kastan (88) hat die Versuche von *Claude* zur experimentellen Erzeugung von Krampfanfällen nachgeprüft und gefunden, daß zur Hervorrufung des Anfalles zwei Momente nötig sind: eine prädisponierende Umstimmung der Hirnrinde, die er teils durch lokale Schädigung — Verätzung mit Chlorzink —, teils durch chronische Alkoholintoxikation hervorrief, und ein sekundäres Auslösungsmoment. Dazu benutzte er die Injektion eines krampferregenden Mittels: Coriamyrthin; dies in einer noch nicht toxisch wirkenden Dosis eingespritzt, erzeugte bei nicht vorbehandelten Kontrolltieren keine Krämpfe, bei den in der erwähnten Weise geschädigten Tieren rief es deutliche Krampferscheinungen hervor.

Jakob (81) beschreibt verschiedene Fälle organisch bedingter Epilepsie mit seltener Ätiologie. In einem Fall fanden sich paralytische Veränderungen, in zwei Fällen tuberöse Sklerose, in einem Fall eine frische in einem anderen Fall eine alte Enzephalitis. Vielfach handelt es sich um Differenzierungs- und Anlagestörungen als Grundlage der genuinen Epilepsie.

Hahn (64) beschreibt eine Anzahl von syphilitisch bedingten Epilepsiefällen; es handelt sich teils um angeborene, teils um erworbene Syphilis; in einigen Fällen wurde durch das Auftreten der Syphilis die bereits vorhandene Epilepsie verstärkt oder von neuem mobil gemacht; in mehreren Fällen handelte es sich um echte progressive Paralyse, die mit einem epileptischen Vorstadium begann und dann eine ungewöhnlich lange Dauer — bis zu 12 Jahren — hatte.

Külf (169) beobachtete in einer alkoholisch belasteten, psychopathischen Familie, daß der Vater und drei Kinder an derselben Form funktioneller *Jackson*sche Krämpfe litten: Beim Versuch, sich rasch von der Stelle zu bewegen, treten tonische Krämpfe in einem Bein, dann im gleichseitigen Arm auf, die gelegentlich auch zu starkem Schlagen beider Arme führen; das Bewußtsein bleibt erhalten. Es handelt sich um eine hereditär erworbene funktionelle Disposition der motorischen Hirnrinde zu Krämpfen.

Flood und *Collins* (52) kommen bezüglich der Heredität bei der Entstehung der Epilepsie zu folgenden Schlußfolgerungen: ein sicherer Beweis für den Einfluß des Alkoholismus der Eltern auf die Epilepsie der Nachkommenschaft kann nicht erbracht werden. Alkoholismus der Epileptiker ist oft nur ein konkommitierendes Symptom für eine nervöse Widerstandsunfähigkeit. Es läßt sich auch nicht mit Sicherheit entscheiden, ob die Epilepsie lediglich als solche vererbt wird oder ob Epilepsie, angeborener Schwachsinn, Geistesstörung verschiedene Formen ein und derselben ererbten Schädlichkeit sind.

Oberholzer (138) hat in einer sehr interessanten Studie, die viel gründlicher als die vorher referierte englische ist, den Erbgang in einer Epileptikerfamilie beschrieben. Die Epilepsie erbt sich durchaus gleichartig fort, indem in der Deszendenz keine anderen psychotischen oder neurotischen Störungen auftreten. Die epileptischen Erscheinungen selbst sind sehr mannigfaltig und zeigen alle möglichen körperlichen und psychischen Störungen der Epilepsie in bunter Reihen-



folge. Bei der älteren Generationen beherrschen die Krämpfe das Krankheitsbild, während in der weiteren Deszendenz die abgeschwächten und leichteren Störungen auftreten. Es macht sich also eine Neigung zur Spontanheilung bemerkbar; am hartnäckigsten werden die epileptischen Charakterveränderungen festgehalten.

Steiner (191) weist von neuem auf das häufige Zusammentreffen von Epilepsie, Linkshändigkeit und Sprachstörung (Stottern) innerhalb desselben Familienkreises hin. Die familiäre Korrelation dieser Symptome, zu denen sich gelegentlich noch Enuresis nocturna gesellt, erlaubt die Aufstellung einer besonderen Epilepsieform, die er als endogene oder originäre bezeichnet. Mit der durch organische Rindenerkrankung erworbenen Epilepsie und Linkshändigkeit hat diese Epilepsie nichts zu tun; vielleicht handelt es sich um eine Störung in der funktionellen Überordnung der einen Hemisphäre über die andere.

Halberstadt (65) will die Zustände, die in der deutschen Literatur seit den Publikationen von *Bratz* unter dem Namen der Affektepilepsie beschrieben worden sind, als „epileptoide Anfälle der Degenerierten" zusammenfassen. Wie man auch über ihre nosologische Stellung denkt, ist doch ihre klinische Selbständigkeit praktisch wichtig, da sie prognostisch und therapeutisch von der gewöhnlichen Epilepsie zu unterscheiden sind. Der Verf. versucht, einzelne Unterformen nach Lebensalter und Art der auftretenden Attacken abzugrenzen.

Gurewitsch (61) beschreibt ebenfalls zwei Fälle von epileptoiden Zuständen: gehäufte Anfälle, Dämmerzustände, Narkolepsie bei schwer psychopathischer Grundlage. Der gutartige Krankheitsverlauf läßt die Fälle von der echten Epilepsie abgrenzen. *G.* schlägt den wenig schönen Namen: „psychopathisches Epileptoid" für diese Fälle vor, da ihm der Name: Affektepilepsie nicht gefällt.

Jödicke (84) bespricht an der Hand der statistischen Bearbeitung von etwa 350 Epilepsiefällen ätiologische und prognostische Fragen. Erbliche Belastung fand sich in der Hälfte aller Fälle; darunter direkte, epileptische Belastung bei 26,8 %. Bei 31,9 % bestand Alkoholabusus in der Aszendenz. Als auslösende Ursache kam in 4,5 % ein Trauma in Betracht; dabei wird die chirurgische Behandlung auch kleinerer Schädelnarben dringend empfohlen. 86 % aller Fälle beginnen vor dem 20. Lebensjahr, nur 5,3 % zwischen dem 20. und 30. Jahr; die nach dem 39. Jahr beginnenden Fälle sind durchweg symptomatische Epilepsien, denen eine körperliche Erkrankung zugunde liegt. Die Mortalität beträgt auch in dem Material des Verf. 8,6 %, wobei die Sterblichkeit am höchsten ist bis zum 40. Lebensjahr und dann rasch wieder sinkt. Direkt an epileptischen Anfällen sind 11,4 % gestorben. Eine Anzahl interessanter pathologisch-anatomischer Befunde werden mitgeteilt, ohne daß besondere Schlüsse für die Pathogenese daraus gezogen werden.

Hahn (63) hat von 1903 bis 1908 bei denselben Epileptikern Assoziationsversuche mit denselben Reizworten wiederholt. Der Ablauf der Assoziationen zeigt die Veränderungen im Geisteszustand und gibt Anhaltspunkte dafür, ob einfacher Stillstand der geistigen Entwicklung oder Fortschreiten der Verblödung eingetreten ist. Auch eine im Laufe der Behandlung eingetretene Besserung läßt sich an der Hand der Assoziationsversuche objektiv nachweisen.

Jahnel (80) beobachtete bei zwei Fällen von Eklampsie Kreißender nach



der Geburt psychische Störungen von delirantem Charakter. Die Erinnerungen an die Geburt fehlten; die an die Ereignisse während der deliranten Periode waren im ganzen in groben Zügen erhalten. Differential-diagnostisch kommen epileptische Dämmerzustände und echte Puerperalpsychosen in Betracht. Die Prognose richtet sich nach dem Verlauf der Eklampsie.

Wie *Scharnke* (184) ausführt, zeigen Röntgenuntersuchungen, daß bei Kindern wie bei Erwachsenen (Rekruten) die Enuresis häufig auf einer angeborenen mangelhaften Entwicklung oder Mißbildung des Rückenmarks (Myelodysplasie) beruht, die außerdem durch Anomalien in der Entwicklung der Zehen (Syndaktilie), Reflexanomalien und Sensibilitätsstörungen zu erkennen ist. Die Befunde sind namentlich auch für den Militärarzt wichtig zur Unterscheidung der echten Enuresis von der Simulation.

Imchanitzky-Ries (77) fand das Blut der Epileptiker arsenhaltig und glaubt, daß bei der Epilepsie eine ererbte Degeneration der Arsenspeicherungs- und Ausscheidungsorgane vorliegt und gleichzeitig eine verminderte Widerstandskraft der nervösen Elemente vorhanden sein muß. Die allmähliche Summierung des durch die Nahrung oder medikamentös aufgenommenen Arsens bedingt die Periodizität der epileptischen Erscheinungen, die also durch eine Anhäufung von Arsen im Blute zustande kommen.

In drei Dissertationen aus der Kieler Klinik von *Spornberger* (180), *Perlia* (146), *Dütemeyer* (43a) werden typische epileptische Dämmerzustände beschrieben, ohne Neues zu dem Thema beizubringen.

Raecke (156) bespricht Fälle von kindlicher Epilepsie mit Neigung zu kriminellen und antisozialen Handlungen und die dabei zu ergreifenden Maßnahmen. In leichteren Fällen muß therapeutische Beeinflussung der Epilepsie versucht werden und die Fürsorgeerziehung angestrebt werden; dies ist aber nur möglich, wenn die Vergehen nicht unter den Schutz des § 51 gestellt werden, weil sonst die Voraussetzungen für die Verhängung der Fürsorgeerziehung fehlen. In schweren Fällen, bei denen Freispruch erfolgen muß, ist der Kranke als gemeingefährlich einer geschlossenen Anstalt zuzuführen. Erziehung in besonderen Jugendabteilungen ist erwünscht.

Thiemich (201) hält bei der Einteilung der kindlichen Krämpfe an der scharfen Trennung der spasmophilen von den übrigen Krampfformen fest. Da die Pathogenese der Spasmophilie noch nicht sichergestellt ist, ist von einer kausalen Therapie nichts zu erwarten. Unter den diätetischen Maßnahmen ist die Verabreichung von Frauenmilch, wo diese nicht zu erhalten, wenig Kuhmilch, Fett, tierisches und pflanzliches Eiweiß zu empfehlen. Medikamentös Phosphorlebertran und bei schweren Attacken Chloralhydrat im Einlauf.

Mangelsdorf (114) berichtet über günstige Erfolge mit Ureabromin, das sich sowohl zur Verminderung der Anfälle bei Fällen alter Epilepsie bewährt hat, als zur Bekämpfung von Bromekzemen und Bromexanthemen sich geeignet erwies.

v. Wyß (218) schildert als Grundlagen der Bromtherapie das Verhältnis der Chlor- und Bromionen im Blutserum; beide Halogene müssen in einem bestimmten Verhältnis stehen; die Bromtherapie muß also gleichzeitig die Kochsalzdarreichung

berücksichtigen. Nur wenn die Konzentration der Chlorionen unter die Norm gesunken ist, kann die Bromzufuhr anfallherabsetzend wirken. Es muß also die Brommenge soweit erhöht oder die Kochsalzzufuhr soviel herabgesetzt werden, bis das Chlordefizit im Blut eingetreten ist.

Veit (211) berichtet über die Erfolge operativer Epilepsiebehandlung: Bei einer Epilepsie nach Schußverletzung wurde die zertrümmerte Hirnsubstanz im Bereich des krampfenden Rindengebietes entfernt; im zweiten Fall — genuine Epilepsie mit Anfällen von halbseitigem Typus — wurde das unverändert gefundene krampfende Rindenzentrum entfernt, sodann ein Ventil gebildet. In beiden Fällen trat trotz nachfolgender Brombehandlung keine definitive Heilung ein.

Fuchs (54) hat in den meisten Fällen von Epilepsie, die damit behandelt wurden, gute Erfolge vom Luminal bezüglich der Verminderung der Anfälle gesehen. Er hält das Mittel geradezu für ein Anfallsspezifikum, das auch die psychischen Störungen der Epilepsie günstig beeinflußt. Beim Aussetzen des Mittels können schwere Abstinenzerscheinungen auftreten, die man durch allmähliches Einschalten von Brompräparaten verhüten kann.

Erlenmeyer (47) gibt eine Darstellung der Gesamttherapie, ohne wesentlich Neues zu bringen, aber mit mancherlei, einer alten Erfahrung entstammenden praktischen Winken. Besonders betont er auch den Wert einer mit der Brommedikation verbundenen Joddarreichung, namentlich, wo man Reste alter enzephalitischer Prozesse als Ursache der Epilepsie vermutet. In solchen Fällen setzt er auch Haarseile. Von seinen diagnostischen Erörterungen muß die Behauptung bestritten werden, die meisten Exhibitionisten seien Epileptiker.

Donath (44 a) hat gute Erfolge vom Sedobrol gesehen, das er in Suppenform mit 3—4 Würfel täglich unter möglichster Herabsetzung der übrigen Kochsalzdarreichung gibt.

Deroitte (43) weist auf die alte Anschauung hin, daß bei der Pathogenese der Epilepsie außer der besonderen epileptischen Veränderung als auslösendes Moment eine Intoxikation vom Darmtraktus eine Rolle spiele. Zu ihrer Bekämpfung schlägt er die regelmäßige Verabreichung von fermentierter Milch, besonders Kefyr, vor.

Ulrich (209) schildert noch einmal die Anwendung der von ihm inaugurierten Sedobroltherapie und gibt Proben von Speisezetteln aus seiner Anstalt. Die von ihm behauptete Einfachheit eines kochsalzarmen Regimes besteht allerdings nur da, wo der größte Teil der Anstaltsinsassen Epileptiker sind und wo die landesübliche Kost die tägliche Verabreichung von Suppen nötig macht, an denen man den Ersatz des Kochsalzes durch Brom leicht durchführen kann. Im übrigen betont er die Notwendigkeit, jede Bromtherapie längere Zeit fortzusetzen.

Rodiet (159) hat Epileptiker mehrere Monate lang auf einer ganz reinen vegetabilischen Diät mit Ausschluß der Milch gehalten: dabei sank die Zahl der Anfälle bedeutend; wenn aber, um die Kost etwas schmackhafter zu machen, der gleichzeitige Genuß von auch nur wenig Kaffee gestattet wurde, stieg der Blutdruck bei den Kranken höher als er bei gewöhnlicher, gemischter Diät war. Die rein vegetabile Diät muß also gleichzeitig mit der Vermeidung von Kaffee und anderen



Nervina einhergehen — und wird sich im größeren Maßstab wenigstens in unseren deutschen Anstalten nicht durchführen lassen.

Steffen (190) schildert ebenfalls aus der *Ulrich*schen Anstalt die Anwendung der salzarmen Kost und noch mit Nachdruck die Wirkung des Kochsalzes bei allen Bromintoxikationen. Bei Bromdosen von 3—6 g genügt zur Unterdrückung der epileptischen Anfälle eine Reduktion des täglichen Kochsalzes auf 8—12 g.

Jödicke (83) gibt eine zusammenfassende Darstellung der modernen Epilepsietherapie, die alle im vorgehenden besprochenen Verfahren erwähnt und sie kritisch sichtet.

D. Chorea und andere motorische Neurosen.

v. Holtum (73) teilt in einer Dissertation aus der Kieler Klinik die choreatische Erkrankung eines 20 jährigen Mädchens mit, die nervös disponiert, aber nicht endokarditisch erkrankt war. Im Anschluß an ein psychisches Trauma traten gleichzeitig die choreatischen Symptome und eine Psychose auf, bei der Verwirrtheit, Halluzinationen und starke motorische Hemmung im Vordergrund der Erscheinungen standen. Die Hemmung scheint in der Störung des Vorstellungsablaufes bedingt und nicht katatonischer Natur zu sein. Mit der Besserung der choreatischen Symptome heilte auch die Psychose.

Golch (57) teilt in einer Kieler Dissertation zwei Fälle von infektiöser Chorea mit. Im ersten Fall traten die hemichoreatischen Erscheinungen nach einer Diphtherieerkrankung auf; im zweiten Fall war 2 Jahre früher nach Masern, jetzt nach Gelenkrheumatismus die Chorea aufgetreten. Die in beiden Fällen beobachteten Paresen werden auf die hypotonische Muskelschwäche zurückgeführt; sie haben die motorischen Störungen überdauert. Mit den choreatischen Erkrankungen gehen leichte psychische Störungen: Reizbarkeit, Vergeßlichkeit, Jähzorn einher. Heilung erfolgte in beiden Fällen.

Lewe (107) teilt in einer Kieler Dissertation vier Fälle von Chorea mit, die im allgemeinen den typischen Verlauf hatten. Der eine Fall war durch eine Struma mit einzelnen Basedowsymptomen kompliziert. Der andere Fall war hereditär luetisch belastet und hatte positiven Wassermann; Salvarsan war hier von gutem Erfolg.

Kalkhof und *Ranke* (87) haben eine Familie mit zahlreichen Erkrankungen an Huntingtonscher Chorea genealogisch, klinisch und in einem Mitglied auch pathologisch-anatomisch untersucht. In der ersten Generation ist die Erkrankung bei einem männlichen Mitglied zum erstenmal aufgetreten und hat sich dann in dessen Familie auf männliche und weibliche Nachkommen gleichmäßig vererbt, ohne daß von Muttersseite ein besonderes Krankheitsmoment neu hinzugekommen wäre. Die Vererbung ist absolut gleichartig; Erkrankungen an anderen Neurosen oder Psychosen sind in der Familie nicht vorgekommen. Der Verlauf ist der typische mit psychischem Verfall; allerdings stehen die motorischen Störungen im Vordergrund der klinischen Erscheinungen. Ein erkranktes Familienmitglied kam im 52. Jahr zur Sektion und wurde pathologisch-anatomisch genau untersucht; die Erkrankung hatte zu dieser Zeit 12 Jahre bestanden. Es fanden sich diffuse degene-

rative Veränderungen der Nervenzellen, der Glia und der Gefäße ohne besondere Lokalisation und ohne Anzeichen einer Entwicklungsstörung als Ursache. Nur im Rückenmark wurde als Nebenbefund, der auf eine Entwicklungsanomalie hinwies, eine Syringomyelie aufgefunden. Nähere Beziehungen zwischen dem pathologischen Prozeß im Zentralnervensystem und dem klinischen Verlauf ließen sich nicht feststellen.

Nießl v. Mayendorf (137) hat einen Fall von chronischer Chorea anatomisch untersucht: die Großhirnrinde zeigt Zellen- und Gefäßveränderungen, die Verf. als die Zeichen eines chronisch entzündlichen Ödems auffaßt und für die Ursache der im Verlauf der Chorea entstandenen Demenz hält. Für die choreatischen Bewegungsstörungen macht er Veränderungen in den kortiko-zerebellaren Bahnen verantwortlich, die sich in seinem Fall in der distalen Endstation derselben, im Nucleus dentatus fanden.

Sioli (179) untersuchte einen Fall von Myoklonus-Epilepsie histologisch. Er fand bei dieser eigenartigen, der chronischen Chorea nahestehenden Erkrankung hochgradige Abbauvorgänge in der Umgebung des Nucleus dentatus des Kleinhirns. Er glaubt, daß ein Zusammenhang der myoklonischen Bewegungsstörungen mit den durch diese Veränderungen beeinträchtigten Funktionen des Kleinhirns bestehe.

Sievert (176) beschreibt in einer Dissertation aus der Kieler Klinik einen Fall von Tic convulsif, der in unwillkürlichen Bewegungen des Kopfes nach links und Hebung der linken Schulter bestand. Die Erkrankung zeigte unter psychischer Behandlung eine wesentliche Besserung.

E. Hysterie.

Lewandowsky (105) hat die Bearbeitung der Hysterie in seinem Handbuch auch als Monographie erscheinen lassen. Seine Darstellung dieses schwierigsten Kapitels der Neuropathologie ist, wie alles aus der Feder dieses Autors, geistvoll und kritisch. Er verzichtet auf eine theoretische Definition der Hysterie durch Festlegung in einer Formel. Dafür gibt er eine Darstellung zuerst der körperlichen, dann der psychischen Symptome, um dann auszuführen, daß alle Symptome psychisch bedingt sind und daß ihnen zugrunde liegt die unbewußte Spaltung einer schwachen Persönlichkeit durch den Affekt. Da die hysterische Reaktionsweise eine einheitliche ist, so muß auch an der Hysterie als Krankheitseinheit festgehalten werden, zumal auch außerhalb der hysterischen Reaktion der zugrunde liegende psychische Zustand ein einheitlicher ist; freilich darf man keine einheitliche Verlaufsform dieser Erkrankung erwarten. In den Schlußkapiteln wird Differentialdiagnose und Prognose sowie die Therapie besprochen. Auch *L.* steht der Anwendung der Psychoanalyse ablehnend gegenüber.

Bianchini (21) gibt eine ausführliche Darstellung der Geschichte der Hysterie, berührt dabei die verschiedenen Anschauungen von den alten griechischen Ärzten bis auf *Freud* und endet mit einer eigenen Theorie. Sie läuft im wesentlichen darauf hinaus, daß er gleichfalls an der Krankheitseinheit der Hysterie festhält, sie als eine Psychoneurose bezeichnet, bei der auf der Grundlage einer hereditären Kon-



stitutionsanomalie eine Dissoziation der psychischen und nervösen Systeme eintritt (diatesi bioscisaria), insbesondere der kortikalen und der sympathischen Funktionen, wobei sich *B.* eine besondere, zu Reizerscheinungen disponierende Beschaffenheit der Rinde vorstellt. Neben der hereditär-degenerativen Grundlage gibt er auch eine Entstehung der Hysterie durch erworbene Schädigungen zu.

Raimist (161) führt an der Hand instruktiver Krankengeschichten aus, daß die hysterischen Symptome die objektive Äußerung einer „Erinnerungsemotion" seien, deren subjektive Seite vom Kranken selbst nicht aus seinen sonstigen Erlebnissen hervorgehoben wird. Er meint damit, daß affektbetontes Erlebnis zunächst bei jedem, auch bei nicht hysterischen Menschen, eine körperliche Äußerung hervorrufen kann, die man als „emotives Symptom" bezeichnen kann. Aber erst wenn das Symptom bestehen bleibt, trotzdem der Betreffende das auslösende Erlebnis vergessen hat, wird es zum hysterischen Symptom; *R.* schlägt dafür die Bezeichnung „mnemotiv" vor. Als solches ist es in seiner pathogenetischen Bedeutung für die Hysterie charakteristisch.

Wachsmuth (212) zeigt an mehreren Fällen, wie trotz jahrelanger Beobachtung organische Gehirnerkrankungen oder schwere funktionelle Psychosen als hysterische Geistesstörungen imponieren können, so daß erst die Sektion die richtige Diagnose erkennen läßt.

Hinrichsen (71) führt bezüglich der affektbetonten Erlebnisse der Hysteriker aus, daß diese schon von vornherein anders seien, als die Erlebnisse der Normalen. Ihre Auffassung ist subjektiver; sie treten schon mit einem vorgefaßten subjektiven Affekt an das Erlebnis heran und es kommt infolge dessen leichter zu einer Amnesie. Das Erleben der Hysterischen und ihre Reaktion darauf wird durch eine von vornherein falsche Zielsetzung bestimmt und dadurch, daß sie nicht imstande sind, sich ihren Verhältnissen entsprechende, erreichbare Ziele zu stecken. Da sie von dem falschen Ziel nicht loskommen, ist es ihnen auch nicht möglich, auf ein Erlebnis abzureagieren. Der Verf. zieht daraus die praktische Folgerung, daß man sich unter der „Abreaktion" nicht einen isolierten psychischen Vorgang von besonders eigenartigem Mechanismus darstellen darf.

Stern (193) versteht unter „hysterischen Situationspsychosen" geistige Erkrankungen der Untersuchungshaft, die gewöhnlich akut auf dem Boden psychopathischer Konstitution entstehen mit oder ohne hysterische Antezedentien; dabei spielt der Affekt über die Verhaftung und der Krankheitswunsch eine bedeutende ätiologische Rolle. Die Erkrankungen stellen sich als leichtere oder schwerere Stupor- oder Verwirrtheitszustände dar, die bei längerem Verlauf wechseln. Sie sind ausgezeichnet durch äußere Beeinflußbarkeit, durch theatralische Färbung, auch dadurch, daß trotz scheinbar schwerer Verwirrtheit die Orientierung erhalten bleibt. Reine Simulation des ganzen Krankheitsbildes ist nicht wahrscheinlich, aber häufig Kombination echter und simulierter Symptome; die Prognose ist günstig.

Myerson (133) beobachtete in einem Fall von einwandsfrei sicher gestellter hysterischer Erkrankung einen unerschöpflichen Fußklonus der rechten Seite, während links nur einige Ausschläge auszulösen waren. Dabei fehlten alle sonstigen organischen Symptome und der weitere Verlauf zeigte, daß eine rein hysterische



Erkrankung vorlag. Verf. verbreitet sich an der Hand der Literatur ausführlich über die Seltenheit des Symptoms bei reiner Hysterie.

Hensgen (70 a) berichtet von einem Unfallhysteriker, der eine ausgesprochen hysterische Bewegungs- und Gefühlslähmung in einer Extremität und schwere, mit Pupillenstarre einhergehende Krämpfe hatte, die bei dem geringsten äußeren Anlaß auftraten. Den Versuch der suggestiv-mechanischen Behandlung in einer Universitätsklinik beantwortete er mit Anzeigen bei der Polizei, und entzog sich auch weiteren Behandlungsversuchen unter der zum Teil durch ärztliche Zeugnisse gestützten Angabe, daß er wegen seiner Krämpfe nicht reisen könne. Er erhielt sich auf diese Weise eine Rente von wachsender Höhe, obwohl er zeitweise arbeitete und gelegentlich auch bei einer Messerstecherei verwickelt war; er wurde allerdings wegen Notwehr freigesprochen. Der Verf. hat nicht den Eindruck, als ob bei diesem Hysteriker eine psychische Minderwertigkeit vorliege. Um so mehr muß man bedauern, daß dieser „Unfallkranke" nicht bei der zuletzt erwähnten Gelegenheit eine ordentliche Gefängnisstrafe bekam; die hätte vielleicht auch seine Hysterie geheilt.

Sträußler (198) publiziert die Beobachtung eines Soldaten, der nach einer Rüge durch einen Vorgesetzten in einen durch einen Anfall eingeleiteten Dämmerzustand verfiel. Dabei traten zahlreiche *Ganser*sche Züge (Vorbeireden) auf; der Kranke war sowohl im Dämmerzustand wie nachher sich des auslösenden Ereignisses, des Anfalls und selbst des Vorbeiredens bewußt. Trotzdem glaubt *St.* Simulation ausschließen zu können. Eine psychologische Erklärung für das Vorbeireden sieht er darin, daß dabei die naive Vorstellung von der Art, wie Geisteskranke reden, eine Rolle spielt.

Piqué (149) erörtert die Beziehungen zwischen Hysterie und chirurgischen Eingriffen. Abgesehen von den Fällen, in denen dringende Lebensgefahr einen chirurgischen Eingriff erfordert, soll man mit Operationen bei hysterischen sehr vorsichtig sein; die Hysterischen mit schweren psychischen Erscheinungen (à grandes réactions mentales) lassen am meisten eine Verschlimmerung durch Operation befürchten. Anderseits glaubt er, daß die operative Behebung einer umschriebenen körperlichen Erkrankung die lokalen und allgemeinen Äußerungen der Hysterie beseitigen kann. An einigen Fällen von Blinddarmentzündung wird der Einfluß der Operation auf den Verlauf der Hysterie geschildert und die Differentialdiagnose zwischen wirklicher Appendizitis und den durch Hysterie vorgetäuschten Symptomen einer solchen erörtert.

Gelik (56) beschreibt eine Reihe epidemieartig aufgetretener hysterischer Erkrankungen. Die Erkrankten gehörten sämtlich zum Personal des Provinzialkrankenhauses. Zunächst erkrankte ein Pfleger an einer akuten hysterischen Psychose und mußte schließlich nach einer Irrenanstalt geschafft werden. Am Tage seiner Abfahrt erkrankte eine in der Apotheke beschäftigte Person. Zehn Tage später erkrankten nacheinander eine Heilgehilfin, die Köchin des Arztes, eine Hebamme und noch zwei Angehörige des Krankenhauspersonals.

Die Krankheit zeigte bei einigen Personen den Charakter einer Psychose, bei den anderen handelte es sich nur um hysterische Erscheinungen verschiedener



Natur. Man konnte feststellen, daß die Krankheit sich auf dem Wege der Ansteckung, von einer Person zur anderen, verbreitet hatte. Von besonderem Interesse ist es, daß hier die Epidemie unter ziemlich stark beschäftigten Personen, mitten in der gewohnten Arbeit, und nicht wie sonst nach außergewöhnlichen, erschütternd wirkenden Ereignissen ausbrach. (*Fleischmann*-Kiew.)

F. Basedow und Erkrankungen anderer endokriner Drüsen.

Münzer (131) gibt eine zusammenfassende Darstellung der Beziehungen zwischen innerer Sekretion und Nervensystem. Wahrscheinlich beeinflussen die Produkte der Blutdrüsen lediglich das Nervensystem, und zwar nur bestimmte Gebiete sowohl des zentralen wie des vegetativen Systems. Die Sekrete der Blutdrüsen beeinflussen hauptsächlich den Tonus des Nervensystems; darnach werden sympathikotonische, spinotonische usw. Blutdrüsen unterschieden.

Kutschera (99) führt aus, daß Kropf- und Kretinismusepidemien nur in Wohnungsgemeinschaften, niemals in Wassergemeinschaften (Kropfquellen) beobachtet werden. Die Tierexperimente beweisen, daß Kropf und Kretinismus auch ohne Wasser entstehen können. Die epidemiologischen Erfahrungen weisen darauf hin, daß die Ursache beider Störungen im Hause oder in der nächsten Umgebung der Kranken oder in diesen selbst zu suchen ist. Die Übertragung der Krankheit durch einen Zwischenwirt hat große Wahrscheinlichkeit für sich.

Colla (38) teilt einen Fall von Basedowpsychose mit, die durch Operation der Struma geheilt wurde. Ferner einen Fall, bei dem die psychischen Symptome periodisch und gleichzeitig mit dem Anschwellen der Struma auftreten und sich auch durch Deutlichwerden der nervösen Symptome einleiten.

J. Hallervorden (62) berichtet über 100 Fälle von Basedowerkrankung, die in 13 Jahren in der Heilstätte Schönow behandelt wurden. Es handelt sich meist um abortive Fälle, um Basedowoide nach der Nomenklatur von *Stern*. Bezüglich der einzelnenSymptome wird bemerkt, daß sich in allen, auch den leichtesten Fällen, pathologische Befunde an der Schilddrüse nachweisen ließen, wenn nicht eine Vergrößerung der Drüse selbst, doch Arterienschwirren bei leicht aufgesetztem Stethoskop. Auch am Herzen findet sich in den meisten Fällen eine, wenigstens funktionelle Veränderung, z. B. starke Betonung des ersten Tones über der Spitze. Dabei müssen auch die funktionellen Herzbeschwerden berücksichtigt werden, die man bei Psychopathen außerdem sehr häufig findet; die abortiven Formen des Basedow sind oft mit angeborener Psychopathie vergesellschaftet. Auf den chronischen und periodischen Verlauf wird besonders hingewiesen. Die Blutuntersuchung ist kein absolutes diagnostisches Hilfsmittel, da sich dieselbe Veränderung auch bei anderen nervösen Erkrankungen findet. Therapeutisch wird bei schweren und progredient verlaufenden Fällen die Operation empfohlen. In leichteren Fällen wurden mit Ruhe, psychischer Behandlung und hydrotheapeutischen Maßnahmen gute Erfolge erzielt, während Rodagen, Natr. phosphor. gar nicht, Antithyreoidin nur in seltenen Fällen nützten; vor der Anwendung von Jod und Thyreoidin wird gewarnt.

Grober (58) berichtet von einer Basedowerkrankung, die bei einer Frau



rasch entstand und die typischen Symptome zeigte. Die Schilddrüse war vergrößert und weich; man hörte blasende Geräusche über ihr. Die Basedowerscheinungen verschwanden völlig, als eine tuberkulöse Lungenerkrankung mit Kavernenbildung einsetzte.

Rubino (168) unterscheidet bei der Basedowtherapie die Thyreoidin- und die Antithyreoidinbehandlung und die chirurgische Therapie. Bei torpiden Zuständen, verlangsamtem Stoffwechsel gestattet er unter genauer Kontrolle einen Versuch mit Thyreoidinpräparaten. Im übrigen rät er zu Antithyreoidinbehandlung in regelmäßigem Turnus unter Berücksichtigung des individuellen Zustandes; in den Pausen gibt er Arsen- und Phosphorpräparate. Versagen diese Mittel, so soll Galvanisation des Halssympathikus, Faradisation oder Röntgenbestrahlung des Kropfes angewandt werden; bei fortschreitender Zunahme des Kropfes ist Operation am Platze.

Hirsch (72) hat eine Anzahl von Basedowkranken mit Thymusextrakt behandelt, ausgehend von der Tatsache, daß Kinder, bei denen die Thymusdrüse noch erhalten ist, größere Mengen Schilddrüsensubstanz vertragen können, als Erwachsene. Mit dem als Thymin bezeichneten, durch die Firma Poehl hergestellten Extrakt wurden gute Erfolge in mehreren schweren Fällen erzielt. Nebenbei zeigte sich auch ein günstiger Einfluß des Thymin bei Zuständen nervöser Schlaflosigkeit.

Schnee (185) hat bei einzelnen Fällen von Basedow gute Erfolge mit einer Kombination von Antithyreoidin und Pankreon (Pankreasextrakt) gesehen, namentlich wenn starke Diarrhöen mit Anzeichen von Fettstuhl bestanden. In einem Fall war die vorausgegangene operative Behandlung erfolglos geblieben, während die Besserung nach der erwähnten Kombination eintrat. Verf. glaubt, daß in schweren Fällen eben nicht die Thyreoidea allein erkrankt ist, sondern auch andere innere Drüsen.

Sokolow (181) faßt seine Betrachtungen über das Verhalten der Thymusdrüse bei Kindern zusammen: Das Wachstum der Thymusdrüse geht bis zum 6. Jahr ziemlich energisch. Vom 14. Jahr ab tritt in der Drüse eine Fett- und Bindegewebsentwicklung ein. Die Exstirpation der Thymusdrüse ruft bei Tieren eine Vermehrung der Erythrozyten, aber keine Veränderung der weißen Blutkörperchen hervor. Die Thymusdrüse kann man statt der Schilddrüse therapeutisch verfüttern, weil ihre Funktionen parallel gehen. Der plötzliche Thymustod ist die Folge von Stoffwechselveränderungen.

Basch (8) hält die Thymus für ein Wachstumsorgan, das Beziehungen zur Entwicklung der Knochen, zur Erregbarkeit des Nervensystems und zum Pupillarapparat der Augen aufweist. Sie steht in Verbindung mit den übrigen inneren Drüsen, mit dem Geschlechtsapparat und dem Lymphdrüsenapparat.

Maase (111) stellt eine 24 jährige Person vor, bei der sich anfangs Augenmuskellähmungen, dann eine auffällige Verkleinerung Hand in Hand mit zunehmender Adipositas entwickelte. Als Ursache muß eine vielleicht luetisch bedingte Hypophysenerkrankung angenommen werden.

In einer kasuistischen Mitteilung von *Austrégesilo*, *Pinheiro* und *Marques* (5) wird eine „endokrine pluriglanduläre Erkrankung“ beschrieben. Es handelt sich



um Störungen der Haut (Myxödem), Haarausfall, Blindheit und Taubheit, Herabsetzung des Blutdruckes, Hypoplasie der Genitalien und Wachstumsanomalien; alle Symptome sind auf der Basis angeborener Anlage nach und nach aufgetreten und werden von den Verfassern auf Erkrankungen der Thyreoidea, der Hypophyse, der Nebennieren und der Hoden zurückgeführt. Die 2 Jahre später vorgenommene Sektion bestätigte die Annahme der Verfasser.

Die Beziehungen der inneren Sekretion zu den Erkrankungen der Mundhöhle und ihrer Behandlung faßt *Peritz* (144) zusammen: die innere Sekretion beeinflußt die Dentition, welche durch Hypofunktion der Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Hypophyse gestört wird. Die Hyperfunktion der Hypophyse wirkt durch die entstehende Akromegalie auf die Zahnstellung. Die Ausbildung der Zähne, ihre Dentinentwicklung, ihre Ernährung und Form werden bei Tieren durch Entfernung der Nebenschilddrüse beeinträchtigt, wahrscheinlich durch Veränderung des Kalkstoffwechsels. Der für Zahnärzte wichtige plötzliche Tod in der Narkose steht wahrscheinlich mit Störungen der Thymussekretion in Zusammenhang.

Parhon und *Urechia* (143) haben bei Tieren nach Exstirpation der Schilddrüse den Einfluß von Pilokarpin auf die Darmperistaltik und Darmdrüsensekretion untersucht. Sie fanden, daß die Kotmengen bei den operierten Tieren viel geringer waren, als bei den Versuchstieren und führen dies auf die geringere Darmperistaltik infolge Schilddrüsenmangels zurück; auch scheint bei den Tieren ohne Schilddrüse eine Hypertrophie und Hypersekretion der Speicheldrüsen einzutreten.

4. Idiotie, Imbezilität, Debilität, Psychopathie.

Ref.: F. Schob-Dresden.

1. *Abramowsky*, Schwachsinnigenfürsorge in Amerika. Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinns Bd. 7. (S. 121*.)
2. *Améline*, Contre la fréquente attribution des signes d'activité cérébrale à du surménage scolaire. Ann. méd.-psychol. (S. 116*.)
3. *Azboukine*, Die Mikrozephalin Machouta. Arbeiten aus der psych. Klinik zu Moskau (russisch).
4. *Baguer*, L'enfance anormale et l'internat. L'Enfance anormale.
5. *Barr*, The feeble-minded a sociological problem. The alienist and neurologist vol. 34.



6. *Benon*, Manie et idiotie. Iconographie de la Salpêtrière no. 4, p. 358.
7. *Berg*, Vererbung der tuberösen Sklerose. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 19. (S. 118*.)
8. *Berger*, Über zwei Fälle der juvenilen Form der familiären amaraut. Idiotie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 15. (S. 117*.)
9. *Berkhan*, Über einheitliche Kopfmaße bei Schwachsinnigen und einheitliche Wiedergabe von Kopfformen Schwachsinniger. Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinns Bd. 6. (S. 114*.)
10. *Bielschowsky*, Über spätinfantile familiäre amaurotische Idiotie mit Kleinhirnsymptomen. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 50. (S. 116*.)
11. *Bielschowsky* und *Gallus*, Über tuberöse Sklerose. Journ. f. Psychol. u. Neurol. (S. 118*.)
12. *Bleuler*, Die Behandlung der moralisch Schwachsinnigen. Korr.-Bl. f. schweizer Ärzte. (S. 123*.)
13. *Bloch*, Die Intelligenzprüfung nach der Methode von *Binet-Simon* in ihrer Bedeutung zur Erforschung des Schwachsinns bei Schulkindern. Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinns Bd. 7. (S. 113*.)
14. *Buder*, Psychiatrische Untersuchungen von Fürsorgezöglingen. Württemberg. med. Korrespondenzbl.
15. *Büttner*, Vom ersten deutschen heilpädagogischen Seminar. Eos IX. (S. 122*.)
16. *Cerletti*, Anatomia patologica delle demenze. Rivista sperimentale di freniatria vol. 38.
17. *Chotzen*, Über Intelligenzprüfungen an Kindern nach der Methode von *Binet* und *Simon*. Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinns Bd. 6. (S. 112*.)
18. *Christinger*, Die Krankheit der drei Geschwister Weilemann. Beitrag zur Kenntnis der heredofamiliären Erkrankungen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 34. (S. 117*.)
19. *Cimbal*, Klinische Grundlagen der Beurteilung von normalen Kindern und Jugendlichen. Berl. klin. Wschr. (S. 114*.)
20. *Clemenz*, Syphilis bei Schwachsinnigen. Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinns Bd. 6. (S. 115*.)



21. *Cropp*, Ärztliches zur Frage der Fürsorgeerziehung. Inaug.-Diss. Marburg.
22. *Cyriax*, La gymnastique médicale considérée comme prélude à l'éducation physique des enfants arrièrés. L'enfance anormale.
23. *Dearborn*, Formen des Infantilismus mit Berücksichtigung ihrer klinischen Unterscheidung. Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinns Bd. 6. (S. 118*.)
24. *Debray*, L'esprit d'initiative chez les enfants arrièrés. L'enfance anormale.
25. *Decroly*, Examen mental des enfants anormaux. Journ. de Neurol.
26. *Decroly*, Questionnaire pour l'examen des enfants irréguliers. Journ. de Neurol.
27. *Descoeudres*, Les enfants anormaux sont-ils des anormaux. Arch. de Psychol. tome 13.
28. *Douglas*, Some suggestions respectivs the care of the feeble-minded under the mental deficiency bill 1913. The journ. of mental science vol. 59.
29. *Draesecke*, Zur Kenntnis der scapula scaphoidea (Graves). Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinns Bd. 6. (S. 115*.)
30. *Edinger* und *Fischer*, Ein Mensch ohne Großhirn. Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. 152.
31. *Ficklcr*, Klinische Beiträge zur infantilen Pseudobulbärparalyse. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 47/48. (S. 116*.)
32. *Fraser*, The role of syphilis in mental deficiency and epilepsie. A review of 205 cases. The journal of mental science vol. 59. (S. 116*.)
33. *Frey*, Zur Histopathologie der infantilen Form der familiär-amaurotischen Idiotie. Virch. Arch. Bd. 213. (S. 117*.)
34. *Frösch*, Über eine Komplementbindungsreaktion bei angeborenem Schwachsinn und anderen degenerativen Zuständen des Zentralnervensystems. Inaug.-Diss. Zürich. (S. 116*.)
35. *Galvink*, Über Hyperphalangie. Arch. f. Psych. Bd. 52.
36. *Gehry*, Wesen und Behandlung der moralisch Schwachsinnigen. Korrespondenzbl. f. schweizer Ärzte. (S. 123*.)



Gerhardt, Die Schule der Alsterdorfer Anstalten. Jena, Gustav Fischer. (S. 122*.)

Goldstein, Zwei Geschwister mit Myxidiotie und vorhandener, sicher nicht grob veränderter Schilddrüse. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 49. (S. 120*.)

Gordon, The incidence of inherited syphilis in congenital mental deficiency. Lancet vol. 185. (S. 115*.)

Hamburger, Die psychische Behandlung im Kindesalter. Wien. klin. Wschr.

Hayashi, Ein Beitrag zur Kenntnis der pathologischen Anatomie der Idiotie. Neurologia vol. 12 (japanisch).

. Hinrichs, Die Unterbringung der Psychopathen. Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinns Bd. 6. (S. 122*.)

. Hoven, De l'enseignement professionel des enfants anormaux. Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique no. 166.

1. Hymanson, Metabolism studies of amaurotic family idiocy, with clinical and pathological observations. Arch. of Ped. vol. 30. (S. 117*.)

5. Jödicke, Über innersekretorische Stoffwechselstörungen bei Athyreosis, mongoloider Idiotie und Akromegalie. Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinns Bd. 6. (S. 120*.)

46. Jödicke, Zum Nachweis von organabbauenden Fermenten im Blute von Mongolen. Wien. klin. Rundsch. (S. 121*.)

47. Junius und Arndt, Über die Deszendenz der Paralytiker. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 17. (S. 115*.)

48. Kellner (Chemnitz), Hodenretention und Schwachsinn. Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinns Bd. 6. (S. 119*.)

49. Kellner (Hamburg), Die Beziehungen der Erbsyphilis zum jugendlichen Schwachsinn. Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendlichen Schwachsinns Bd. 6. (S. 115*.)

50. Kellner (Hamburg), Die mongoloide Idiotie. Münch. med. Wschr. (S. 121*.)

51. Kirmse, Die Entwicklung der Schwachsinnigenfürsorge Deutschlands mit Berücksichtigung der übrigen Länder. Ztschr. f. d. Behandl. Schwachsinniger Bd. 33. (S. 122*.)



52. *Kleefisch*, Mittel und Wege der Zustandserforschung schwachsinniger Kinder. Ztschr. f. d. Behandl. Schwachsinniger Bd. 33. (S. 113*.)
53. *Klotz*, Die Bedeutung des Geburtstraumas für die geistige und körperliche Entwicklung (Sammelreferat). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Ref. Bd. 8. (S. 115*.)
54. *Kramer*, Intelligenzprüfungen an abnormen Kindern. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 33. (S. 113*.)
55. *Krause*, Schwachsinn mit Wutanfällen und Verschlucken von Fremdkörpern. Ärztl. Sachv.-Ztg.
56. *Kreuser*, Welche Forderungen erwachsen aus den psychiatrischen Untersuchungen an Fürsorgezöglingen? Württemberg. med. Korrespondenzbl.
57. *Kufs*, Beiträge zur Diagnostik und pathologischen Anatomie der tuberösen Hirnsklerose und den mit ihr kombinierten Nierenmischtumoren und Hautaffektionen und über den Befund einer akzessorischen Nebenniere in einem Ovarium bei derselben. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 18. (S. 118*.)
58. *Kure*, Ein Fall von moral insanity. Neurologia vol. 12 (japanisch).
59. *Laurent*, Les arriérés scolaires d'après un ouvrage récent. Ann. méd.-psychol.
60. *Leclerc*, La psychiatrie et l'éducation morale des anormaux. Revue philosophique.
61. *Luther*, Über die auf dem Boden der Idiotie und Imbezillität entstehenden Psychosen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 16. (S. 114*.)
62. *Lüttge*, Über einen besonderen histologischen Befund aus dem Gebiete der frühinfantilen familiären Erkrankungen des Nervensystems. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 50. (S. 117*.)
63. *Meltzer*, Leitfaden der Schwachsinnigen- und Blödenpflege. Halle, C. Marhold. (S. 122*.)
64. *Meltzer*, Das erste heilpädagogische Seminar. Ztschr. f. d. Behandl. Schwachsinniger, 33. Jahrg. (S. 122*.)
65. *Modena*, Totales Fehlen des Gehirns und Rückenmarks. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 46.



. *Moll*, Die Erziehung und Behandlung des nervösen Schulkindes. Soziale Hygiene u. prakt. Med.

'. *Mönkemöller*, Psychiatrie und Fürsorgeerziehung. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 70. (S. 122*.)

8. *Muirhead*, The care of the defective in America. The journal of mental science vol. 59.

9. *Murtfeld*, Fibel für Hilfsschulen. Frankfurt a. M., Diesterweg.

0. *Parhon* et *Schunda*, Nouvelle contribution à l'étude de l'achondroplasie. Nouv. Iconograph. de la Salpêtrière. (S. 120*.)

1. *Parhon* et *Tupa*, Recherches anatomo-cliniques sur un cas d'infantilisme chez un idiot avec microgyrie. Contribution à l'étude de la pathogénie de l'infantilisme. Arch. internat. de Neurol. (S. 120*.)

72. *Peritz*, Hypophysenerkrankungen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 33. (S. 119*.)

73. *Pförringer*, Affektstörungen bei Psychopathen. Med. Klinik.

74. *Piquemal*, Syndrome hypochondriaque chez une débile ayant simulé un début de démence sénile. Journ. de Neurol.

75. *Plaskuda*, Zur Symptomatologie des angeborenen Schwachsinns mit besonderer Berücksichtigung tiefstehender Idioten. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 19. (S. 114*.)

76. *Pönitz*, Beitrag zur Kenntnis der Frühkatatonie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 20. (S. 120*.)

77. *Remond*, Requête en faveur des enfants arrièrés des écoles de Toulouse. L'enfance anormale.

78. *Rittershaus*, Zur Frage der Hydrozephalie. Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinns Bd. 7. (S. 121*.)

79. *Riva*, L'idiota microcefalo Battista. Rivista sperim. di freniatr. vol. 39.

80. *Rogers*, The desiability of early diagnosis of mental defect in children and mental tests as an aid. Journ. of the americ. med. assoc.

81. *Rothfeld*, Über Dystrophia adiposo-genitalis bei Hydrocephalus chronicus und bei Epilepsie. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 34.



82. *Roubinovitsch*, Sur un cas de délire de persécution infantile. Le bull. méd.
83. *Rulot*, De l'influence de l'état de santé sur le travail des enfants. Les annales pédologiques tome 4.
84. *Rybakow*, Ein Fall von Mikrozephalie. Arbeiten aus der psych. Klinik zu Moskau (russisch).
85. *Savini-Castano* und *Savini*, Beitrag zur Ätiologie, Pathogenese und pathologischen Anatomie der *Tay-Sachs*schen familiären amaurotischen Idiotie. Ztschr. f. Kinderheilk. Bd. 7. (S. 117*.)
86. *Schaffer*, Zur anatomischen Wesensbestimmung der Heredodegeneration. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 21. (S. 117*.)
87. *Schaffer*, Zum normalen und pathologischen Fibrillenbau der Kleinhirnrinde. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 21. (S. 117*.)
88. *Schlesinger*, Schwachbegabte Schulkinder. Ihre körperliche und geistige Entwicklung während und nach dem Schulalter und die Fürsorge für dieselben. Stuttgart, Fr. Enke. (S. 111*.)
89. *Schlesinger*, Das psychische Verhalten der schwachbegabten Schulkinder und ihre Charakterentwicklung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 17. (S. 112*.)
90. *Schlesinger*, Der Intelligenzdefekt bei schwachsinnigen Schulkindern. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 15. (S. 112*.)
91. *Schnitzer*, Psychiatrie und Fürsorgeerziehung. Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinns Bd. 7. (S. 122*.)
92. *Schott*, Über ursächliche Beziehungen zwischen Tuberkulose und Schwachsinn. Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinns Bd. 6. (S. 116*.)
93. *Schröck*, Über kongenitale Wortblindheit. Inaug.-Diss. Rostock.
94. *Seelig*, Amerikanische Fürsorgebestrebungen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 70.
95. *Seiffert*, Deutsche Fürsorgeerziehungsanstalten in Wort und Bild. Halle, C. Marhold.
96. *Sterling*, Klinische Studien über den Eunuchoidismus und verwandte Krankheitszustände: Späteunuchoidismus (*Falta*). Degeneratio genito-sclerodermica (*Noorden*). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 16. (S. 119*.)



. *Stier*, Psychiatrie und Fürsorgeerziehung mit besonderer Berücksichtigung der psychopathischen Kinder. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 34.

3. *Stier*, Wandertrieb und pathologisches Fortlaufen bei Kindern. Jena, Gustav Fischer.

9. *Tanfani*, Intorno ad un caso di mongolismo con sindattilia. Note e rivist. di psichiatr. vol. 6.

00. *Vidoni*, Contributo allo studio dell' infantilismo. Giornale di psichiatr. clinic. e tecnic. manicom. ann. vol. 40.

01. *Vigoureux*, Arriérés d'arrêts (classes d'arrêt et d'apprentissage). L'enfance anormale.

102. *Warburg*, Über scapula scaphoidea. Med. Klinik.

103. *Wehrhahn*, Deutsche Hilfsschulen in Wort und Bild. Halle, C. Marhold. (S. 122*.)

104. *Weicksel*, Angeborener Schwachsinn bei Zwillingen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 15. (S. 115*.)

105. *Weygandt*, Über Infantilismus und Idiotie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 17. (S. 114*.)

106. *Wulffen*, Das Kind, sein Wesen und seine Entartung. Berlin, Langenscheidt.

107. *Ziehen*, Ärztliche Wünsche zur Fürsorgeerziehung bezüglich der sogenannten psychopathischen Konstitutionen. Beiträge zur Kinderforschung und Heilerziehung, Heft 112. Langensalza, Beyer u. Söhne.

I. Allgemeines.

Als größere zusammenfassende Darstellung auf dem Gebiete des jugendlichen Schwachsinns liegt diesmal nur die wertvolle Arbeit von *Schlesinger* (88) vor. *Schlesinger* teilt die Resultate der eingehenden und vielseitigen Untersuchungen mit, die von ihm an etwa 300 Straßburger Hilfsschulkindern angestellt worden sind und sich auf längere Zeit erstrecken. In dem Kapitel über die Ätiologie dürften besonders seine Untersuchungen über die Wesenseigenheiten der Trinkerkinder interessieren. Wie andere Untersucher, so hat auch *Schlesinger* bei Untersuchung des körperlich gesundheitlichen Entwicklungsganges feststellen können, daß die Hilfsschulkinder eine auffallend große Morbidität zeigen; besonders eingehend werden namentlich auch die krankhaften Störungen der Sinnesorgane besprochen. Recht gelungen sind die Ausführungen über den Intelligenzdefekt und seine Entwicklung und die Charakterentwicklung der Schwachbegabten. Den Intelligenzdefekt untersucht *Schlesinger* zunächst vom pädagogisch-kritischen Standpunkte



unter Zuhilfenahme der Aufzeichnungen über die Schulleistungen. Er kommt dabei zur Aufstellung von vier Gruppen, die im übrigen auch prognostisch gut ausgesprochene Differenzen zeigen: 1. Unterrichtsfähige Imbezille. 2. Stark Debile. 3. Mäßig schwachbegabte Debile. 4. Leicht schwachbegabte Debile. Von diesen zeigten auch in der Hilfsschule keine Fortschritte 6,4 %, gleichmäßig anhaltende Fortschritte 37,4 %, sich steigernde Fortschritte (nach sehr langsamer Anfangsentwicklung) 26,7 %, nachlassende Fortschritte (nach guter Anfangsentwicklung) 26,1 %, Stillstand und Rückgang nach anfänglichem Fortschritt 3,2 %. Als ungünstige exogene Momente waren dabei besonders ungünstige häusliche Verhältnisse und langwierige Erkrankungen zu verzeichnen. Eine gesonderte Besprechung ist den Fortschritten in den einzelnen Fächern gewidmet. In zweiter Linie hat *Schlesinger* die üblichen psychologischen Methoden angewendet, dabei fand er mit der Methode von *Binet-Simon*, daß die Debilen meist um 2—3 (—4) Jahre rückständig waren. Hinsichtlich des psychischen Verhaltens und der Charakterentwicklung teilt *Schlesinger* die Schwachbegabten in fünf Gruppen ein: 1. Schwachbegabte ohne auffallendes psychisches Verhalten. 2. Harmlose, haltlose apathische Debile. 3. Reizbare, impulsive Egoisten. 4. Stark psychopathische Debile mit schweren Charakterfehlern. 5. Psychopathisch minderwertige, moralisch verkommene Debile mit zurücktretendem Intelligenzdefekt. Auch die schulentlassenen Schwachbegabten hat *Schlesinger* in den Kreis seiner Untersuchungen einbezogen und ihre weitere Entwicklung in gesundheitlicher und sozialer Beziehung verfolgt (Arbeitsverhältnisse, Militärdienst, Eheleben, Straftaten usw.). In den letzten Kapiteln werden die Fürsorgeeinrichtungen für die schulpflichtigen und schulentlassenen Schwachbegabten gewürdigt. Der Inhalt der beiden anderen Arbeiten *Schlesingers* (89, 90) entspricht im wesentlichen dem Inhalt der zusammenfassenden Darstellung.

Unter den Methoden der Intelligenzprüfung steht zurzeit die von *Binet-Simon* im Vordergrund des Interesses. *Chotzen* (17) ist von ihrem Werte überzeugt. Nach *Chotzen* hat die Anwendung der Methode an Schwachsinnigen zum ersten Male einen tieferen Einblick in die intellektuelle Entwicklung beim Schwachsinn geboten, wo sie gegenüber der normalen stark verlangsamt und begrenzt ist. Idioten, Imbezille und Debile überschreiten die Entwicklungshöhe drei- bzw. sieben- bzw. neunjähriger Normaler nicht. Wenn die Schwachsinnigen auch auf einer bestimmten Entwicklungshöhe jüngerer Normaler stehen bleiben, so gleichen sie diesen doch nicht ganz. Schwachsinnige und Normale zeigen Unterschiede in der Lösung der verschiedenen Tests, die auf einer verschiedenen Wertigkeit dieser Tests in bezug auf die Intelligenz beruhen. Bei den einen hängt nämlich die Leistung mehr von der Intelligenz ab, bei den anderen ist sie mehr eine Funktion der Altersentwicklung, und zu beiden verhalten sich die Schwachsinnigen verschieden. Der Unterschied gegenüber den Normalen kann in einer Ungleichmäßigkeit der Entwicklung auf verschiedenen Gebieten oder auch in einzelnen Ausfällen liegen. Abgesehen davon verläuft aber die Entwicklung ähnlich wie beim Normalen. Infolge der Entwicklungsverzögerung und des endlichen Stillstandes gerät die Entwicklung in immer größeren Rückstand gegenüber der dem Lebensalter entsprechenden Höhe; ein



bestimmter, zeitlich begrenzter Rückstand hat daher je nach dem Alter verschiedene Bedeutung; der gleiche zeitliche Rückstand muß um so bedenklicher sein, je jünger, um so harmloser, je älter ein Kind ist. Von einer bestimmten Höhe ab, die für verschiedene Lebensalter verschieden sein muß, beweist ein Rückstand immer Schwachsinn (so bei Intelligenzrückstand von 2 Jahren im Alter von 8—9 Jahren, von 3 Jahren im Alter von 10—12 Jahren). Je größer die Intelligenzschwäche, desto niedriger ist das Intelligenzalter, desto größer ist der Intelligenzrückstand bei gleichem Lebensalter. Aus dem Verhältnis des Intelligenzrückstandes zum Lebensalter kann man Anhaltspunkte für die Diagnose auf die verschiedenen Schwachsinnsgrade und auch für die Prognosestellung gewinnen. Besonders wichtig ist es auch, daß die Methode erkennen läßt, ob die Schulunfähigkeit der Kinder lediglich durch intellektuelle Defekte oder durch andere Momente verursacht ist (Verwahrlosung, psychopathische Anlage usw.). *Bloch* (13) hat in Kattowitz 155 Kinder der Normalschule (79 Knaben, 76 Mädchen) und 71 Hilfsschüler (41 Knaben, 30 Mädchen) mittels der *Binet-Simon*schen Methode untersucht. Er kommt zu folgenden Resultaten: Die *Binet-Simon*-Methode gestattet schnell und sicher, das jedesmalige Intelligenzalter eines Kindes von 3—12 Jahren festzustellen. Die Methode zeigt, daß Normalkinder den Forderungen des täglichen Lebens besser gewachsen sind als die Schwachsinnigen. Die geistige Entwicklung beim Schwachsinn folgt im großen und ganzen der des normalen Kindes; nur ist sie einmal stark verzögert — durchschnittlich um 2—4 Jahre —, zum anderen bleibt sie viel früher stehen. Zur einwandsfreien und schnellen Feststellung des Schwachsinns eignen sich nach *Bloch* besonders folgende Tests: Nachsprechen von fünf Zahlen, Münzenkenntnis, Ordnen von fünf Gewichten, Wiedergabe einer vorerzählten Geschichte, Abschreiben geschriebener Worte, Diktatschreiben, Aufsagen der Wochentage und Monate, Angabe des Tagesdatums, Vergleichen zweier Gegenstände aus dem Gedächtnis, das Geduldspiel, Unterschied zwischen Vor- und Nachmittag. Die Methode, die im Gegensatz zu anderen Methoden die Kinder wenig anstrengt, verspricht ein wertvolles Hilfsmittel für frühzeitige Aussonderung der Schwachsinnigen in der Schule, für Erkennung von frühzeitigen Geistesstörungen und für die Sachverständigentätigkeit vor Gericht zu werden. Auch *Kramer* (54) hält auf Grund eigener Untersuchungen die *Binet-Simon*-Methode für gut verwendbar; für Beurteilung der Schulfähigkeit muß aber neben dem Intelligenzdefekt noch die ganze sonstige geistige Persönlichkeit berücksichtigt werden.

Kleefisch (52) gibt eine recht lesenswerte Übersicht über die Methode, die er anwendet, um ein genaues Bild von jedem Einzelfall zu gewinnen, was er für die einzuleitende heilpädagogische Behandlung für unerläßlich erachtet. Nötig ist vor allem, daß vor Prüfung des intellektuellen Zustandes eine genaue Untersuchung der Sinnes- und andererseits der Bewegungs- und Ausdrucksorgane vorgenommen wird. Der Geisteszustand des schwachsinnigen Kindes erheischt es, alle Untersuchungsmethoden unter der Form des Spiels zu verkleiden.

Um den Richter und die Öffentlichkeit davon zu überzeugen, daß auch die feineren Entwicklungshemmungen, die im psychischen Verhalten der Jugendlichen Abweichungen verursachen, krankhafter Natur sind, dazu sind die üblichen In-



telligenzprüfungen allein oft ungeeignet. *Cimbal* (19) empfiehlt zur Prüfung besonders die Spiele von *Fröbel* und gewisse neue Bilderbücher; er warnt vor Überschätzung der Prüfung der Schwereempfindung mittels gleichschwerer oder ungleichschwerer Gegenstände und vor Überschätzung der Prüfung des Farbensinns. Ein größerer Wert wird auf Feststellung gewisser körperlicher Befunde gelegt; Mängel in der Koordination der Muskulatur (Muskelunruhe), Zittern, übermäßiges Schwitzen, übermäßiges Nachröten, Überempfindlichkeit der Unterbauchgegend als Zeichen vorzeitiger Reizung der Genitalsphäre.

Weygandt (105) bringt eine neue Gruppierung des jugendlichen Schwachsinns; er stellt 29 Einzelgruppen auf, von denen auf die verschiedenen Formen des Infantilismus mit ihren zwei Hauptabteilungen, dystrophischer und glandulärer Infantilismus, auf Grund neuerer Forschungen ein großer Anteil entfällt. In einer 30. Gruppe faßt er alle die Fälle zusammen, bei denen die Spezialklassifikation vorläufig noch versagt.

Berkhan (9) fordert, daß einheitliche Maße am Schädel von Schwachsinnigen zu nehmen sind; mit dem Tasterzirkel sind zu messen: 1. Der größte Längsdurchmesser von Stirnnasenwulst bis zum äußeren Hinterhauptsstachel. 2. Der größte Breitendurchmesser (Scheitelhöcker bis Scheitelhöcker). Mit dem Bandmaß ist der größte Kopfumfang über Mitte der Augenbrauenbogen und Hinterhauptsstachel festzustellen. Abbildungen von Kopfformen Schwachsinniger sollten nur nach der sogenannten „Frankfurter Verständigung" der Anthropologen hergestellt werden.

Plaskuda (75), der bereits früher über Stereotypien und katatone Erscheinungen bei Idioten gearbeitet hat, hat neuerdings bei ganz verschiedenen klinischen Formen der Idiotie Beobachtungen über das Auftreten periodischer Zustände gemacht. Er unterscheidet 7 Formen: 1. Einfachste Erregungszustände mit Heulen und Schreien. 2. Erregungszustände mit Heulen und Schreien, erhöhter Reizbarkeit. motorischer Unruhe, Triebhandlungen. 3. Erregungszustände, in denen es nur zu Triebhandlungen kommt. 4. Periodisch reizbare Verstimmung mit motorischer Unruhe und Triebhandlungen. 5. Periodisch ängstliche Erregung. 6. Zustände tobsüchtiger Erregung mit Triebhandlungen und Neigung zu Selbstverletzung. 7. Mißzustände von dauernder Erregung ohne Periodizität. Erotische und apathische Formen gehen häufig ineinander über. Offenbar handelt es sich bei der Idiotie vielfach um fortschreitende Krankheitsprozesse, die dauernd psychiatrische Behandlung erheischen.

Luther (61) teilt die Psychosen, die er bei Idioten und Imbezillen beobachtet hat, in drei Gruppen ein: 1. Periodische Formen; die epileptischen, manisch-depressiven, hypochondrischen Zustandsbilder und ihre Übergänge, die zuweilen auch eine katatonische Form annehmen können, entsprechen im wesentlichen dem gewöhnlichen degenerativen und manisch-depressiven Irresein. 2. Die episodischen Formen, ebenfalls den degenerativen Zuständen gleichend, entspringen in der Mehrzahl einer besonderen psychogenen Reaktionsweise. 3. Chronische bzw. in Verblödung ausgehende Psychosen (epileptische Erregungen mit zunehmender Verblödung, Stuporzustände, chronische Halluzinosen, Pfropfhebephrenie), deren Prognose durchaus nicht immer ganz ungünstig ist, und Zustände, die weder



in den Rahmen der Dementia praecox noch in ein sonstiges Krankheitsbild hineinpassen und wahrscheinlich für Schwachsinn spezifisch sind. Die Ausgestaltung der Psychosen ist gewöhnlich entsprechend dem geringen Vorstellungsschatz sehr ärmlich; Größenideen und ausgeprägter Versündigungswahn sind selten. Die Bewegungsstörungen gleichen oft katatonen Störungen.

II. Ätiologie. Spezielle Pathologie und pathologische Anatomie.

Klotz (53) gibt eine Übersicht über die verschiedenen, teilweise sehr auseinandergehenden Ansichten, die in der Literatur über die Bedeutung der Geburtstraumen für die körperliche und geistige Entwicklung, insbesondere auch für die Ätiologie der *Little*schen Krankheit, niedergelegt sind. *Klotz* selbst fand bei 144 Idioten und Epileptikern 19 mal abnorme Geburt als Ursache angegeben; davon war bei 11 Kindern (7,6 %) irgendwelches andere ätiologische oder prädisponierende Moment nicht vorhanden. Auffälligerweise war bei keinem der 18 Fälle von *Little*scher Krankheit, die unter den 144 Kindern vorhanden waren, Geburtstrauma oder Frühgeburt als Ursache nachzuweisen. *Weicksel* (104) teilt 7 Fälle mit, in denen sich angeborener Schwachsinn bei einem oder beiden Zwillingen fand. Er nimmt an, daß bei Zwillings- bzw. Mehrgeburten die Möglichkeit einer Schädigung des kindlichen Gehirns in der Entwicklung durch mangelhafte Ernährung gegeben sein kann. Infolgedessen ist bei Zwillingen eine erhöhte Disposition zu Schwachsinn vorhanden.

Aus der interessanten Arbeit von *Junius* und *Arndt* (47) seien hier folgende Punkte angeführt: Die Zahl der Kinderlosigkeit, der Fehl- und Totgeburten und frühsterbenden Kinder ist in Paralytikerehen besonders groß. Nerven- und geisteskranke Kinder bilden einen beträchtlichen Prozentsatz der gesamten Paralytikerdeszendenz. Die angeborenen geistigen Schwächezustände in ihren verschiedenen Intensitätsgraden bilden ein besonders häufiges Vorkommnis, nicht selten sind auch Fälle von abnormem Charakter, Moral insanity, Suizidneigung, schwerer Nervosität, Psychopathie aller Art, Taubstummheit. *Clemenz* (20) gibt eine Übersicht über die wichtigsten Symptome der Erblues bei Schwachsinnigen; besonders wichtig ist der Nachweis der Wassermannschen Reaktion; von seinen bis zu 20 Jahre alten Patienten zeigten 3 %, von den älteren 1,1 % positiven Ausfall der Reaktion. Im übrigen werden die wichtigsten Veränderungen an Augen, Haut und Schleimhäuten, im Skelettbau und auf neurologischem Gebiete aufgezählt. Von den Luetikern hatten 60 % Scapula scaphoidea. Wie schon frühere Untersucher, so lehnt auch *Dräsecke* (29) ab, daß in der Ätiologie dieser Abnormität die Lues eine so hervorragende Rolle spielt, wie Graves behauptet; *Dräsecke* möchte auch der Rhachitis eine größere Bedeutung für das Zustandekommen der Scapula scaphoidea beimessen. *Kellner* (49) fand unter 920—930 Pfleglingen der Alsterdorfer Anstalten 38 = 4 % Erbsyphilitiker; die Wassermannsche Reaktion war 29 mal positiv, 7 mal negativ; 2 mal zweifelhaft. Öfters zeigen Schwachsinnige infolge Erblues ein antisoziales Verhalten. Von 400 schwachsinnigen Kindern, die *Gordon* (39) untersucht hat, hatten 66 positive Wassermannsche Reaktion, darunter von 153



Epileptikern 33. *Fraser* (32) sah bei 89 Hilfsschülern 40 mal positiven, 11 mal zweifelhaften und 38 mal negativen Ausfall der Wassermannschen Reaktion, bei 105 Kindern, die noch nicht schulpflichtig waren oder infolge geistigen Defektes die Schule nicht besuchen konnten, 51 mal positiven, 9 mal zweifelhaften und 45 mal negativen Ausfall; namentlich bei Epilepsie im frühen Kindesalter war die Wassermannsche Reaktion oft positiv. *Frösch* (34) hat unter 102 Schwachsinnigen und 10 Taubstummen nur einmal positiven Ausfall der Wassermannschen Reaktion, dagegen 50 mal mehr oder weniger leichte Hemmung der Hämolyse gesehen, die nicht als positiver Wassermann aufzufassen war. Es gelang *Frösch*, mit Hilfe eines künstlichen Lipoidgemisches bei Fällen von angeborenem Schwachsinn Komplementbindung zu erzielen; es kann scheinbar positiver Ausfall der Wassermannschen Reaktion vielleicht auch durch Luesextrakte hervorgerufen werden, die dem angewandten Lipoidgemisch ähnliche physikalisch-chemische Eigenschaften besitzen. Es muß deshalb bei Verwertung der Wassermann-positiven Fälle sehr vorsichtig vorgegangen werden. *Fickler* (31) beschreibt an der Hand von drei Krankengeschichten ein Krankheitsbild, das sich einmal aus Erscheinungen von Idiotie mit epileptischen Anfällen und andererseits aus einem Symptomenkomplex zusammensetzt, der große Ähnlichkeit mit Bulbärparalyse hat. Im Gebiete der motorischen Hirnnerven (namentlich Mm. masseter, temporalis und im Facialis-Hypoglossus-Gebiet: Artikulationsstörungen, Kau- und Schluckbeschwerden, Schwäche der Nackenmuskulatur) bestanden Lähmungserscheinungen, während das Gebiet der Rückenmarksnerven im allgemeinen verschont war. Muskelatrophien und Entartungsreaktion fehlten. Höchstwahrscheinlich handelt es sich um eine Entwicklungsstörung im Großhirn. Ätiologisch kommt wahrscheinlich Syphilis (positiver Ausfall der Wassermannschen Reaktion in allen drei Fällen) in Betracht.

Schott (92) konnte in der Vorgeschichte von 942 Schwachsinnigen Tuberkulose neben anderen ätiologischen Momenten 116 mal (12,3 %), als alleiniges ursächliches Moment nur 25 mal (2,6 %) nachweisen. Wenn somit die tuberkulöse Belastung allein unter den Ursachen des angeborenen Schwachsinns keine allzugroße Rolle zu spielen scheint, muß doch auch von irrenärztlicher Seite aus die Bekämpfung der Tuberkulose gefördert werden.

Améline (2) wendet sich in einer kurzen Abhandlung dagegen, daß so oft Krankheitserscheinungen auf die angebliche Überbürdung in der Schule zurückgeführt werden.

Eine größere Reihe von Publikationen ist wieder der amaurotischen Idiotie gewidmet.

Die drei hereditär belasteten Geschwister, die *Bielschowsky* (10) beschreibt, stammten aus nicht jüdischen Familien. Die Krankheit begann im 4. Lebensjahre mit epileptischen Anfällen, dann folgten Rückgang der Intelligenz, Apathie, Verlust des Sprechvermögens, nach 2 jähriger Krankheitsdauer bestand Idiotie. Später entwickelten sich Sehstörungen bzw. Erblindung mit Atrophia n. optici und inselförmige Atrophie der Netzhaut, Unsicherheit des Ganges, leichte Spasmen, Krankheitsdauer 4 bzw. 3½ Jahre. Die Sektion (2 Fälle) ergab Kleinheit des Gehirns mit Leptomeningitis fibrosa, Atrophie des Kleinhirns. Sowohl das *Nissl*' wie das



Fibrillenbild entsprach dem Bild der juvenilen Form; in der Fissura calcarina bestand zirkumskripter spongiöser Rindenschwund, im Kleinhirn fanden sich Sklerose der Körner-, aber auch der Molekularschicht, Auftreibungen der Dendriten und Achsenzylinder, Fehlen der Kletter- und Moosfasern; in der Retina fehlten Stäbchen und Zapfen sowie die äußere Körnerschicht; die Ganglienzellen waren hier nur mäßig erkrankt. Auch in *Bergers* (8) Fällen handelt es sich um die juvenile Form. Bei den beiden Geschwistern von christlicher Abstammung entwickelte sich das Krankheitsbild vom 8. Jahre ab. Verlauf und Symptome stimmten bei beiden nicht ganz überein; gemeinsam waren epileptische Anfälle und geistiger Rückgang, verschieden war der Augenbefund; in einem Falle typische Retinitis pigmentosa, im anderen Atrophia nervi optici mit chorioretinitischen (Pfeffer und Salz) Herden. Die anatomische Untersuchung, die bisher in einem Falle vorgenommen werden konnte, ergab ebenfalls das typische Bild der juvenilen Form.

Hymanson (44) teilt die Krankengeschichte von 6 Fällen von infantiler Form mit; alle 6 stammten aus jüdischen Familien. Im Stoffwechsel von 2 Fällen ließen sich keine bestimmten Störungen nachweisen; zwei Fälle betrafen Zwillinge; bei zwei Fällen lag Blutsverwandtschaft der Eltern vor (Heirat zweier Brüder mit zwei Kusinen ersten Grades). *Frey* (33) konnte in einem infantilen Falle die von *Schaffer* charakterisierten typischen Befunde erheben; die Spinalganglienzellen wiesen, abgesehen von mäßiger Blähung, keine typischen Veränderungen auf. *Schaffer* (87) hat neuerlich auch der Kleinhirnveränderungen bei der infantilen Form besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Er konnte an den Dendriten diffuse und lokale Auftreibungen nachweisen, wie sie bislang nur bei der juvenilen Form bekannt waren. Auch die Achsenzylinder zeigten lokale Schwellungsvorgänge und zwar entweder als lockere Auftreibungen mit Lockerung der Fibrillen oder als dunkle homogene Knoten. In der Molekularschicht fehlten namentlich die Tangentialfasern (Korbfasern) in der Körnerschicht die Kletterfasern und die großen multipolaren Ganglienzellen. In einer weiteren interessanten Arbeit versucht derselbe Autor (86) nachzuweisen, daß den hereditären Krankheiten als Fundamentalveränderung eine abnorme Anlage des Hyaloplasma zugrunde liegt. Das Hyaloplasma kann im gangliozellulären oder axonalen Teil des Neurons erkranken, und zwar kann es zu einer Hypertrophie (amaurotische Idiotie) oder Atrophie (Vorderhornzellen bei Muskeldystrophie) des Hyaloplasma kommen. Fibrillen und *Nissl'*-Körper erleiden nur sekundäre Veränderungen. Stark atypische Fälle, deren Zugehörigkeit zur amaurotischen Idiotie nicht ohne weiteres in die Augen springt, teilen *Lüttge* (62) und *Savini-Castans* und *Savini* (85) mit. In dem Fall von *Lüttge* stimmt namentlich auch das anatomische Zellbild kaum zum Bild der amaurotischen Idiotie.

Eine eigenartige familiäre Erkrankung beschreibt *Minna Christinger* (18); bei drei Schwestern nach normaler erster Jugend im Alter von 9—11 Jahren Auftreten epileptischer Anfälle, dann rasch zunehmende Verblödung, zwischen 15. und 20. Jahre Hinzutreten von Gleichgewichtsstörungen, danach choreatisch-athetotische Bewegungen, eigenartige Veränderung des Muskeltonus, daneben Infantilismus, Fehlen der Menstruation und der sekundären Geschlechtscharaktere. Klinisch zeigte das Bild noch am meisten Ähnlichkeit mit der heredozerebellaren Ataxie



(*Marie*). Makroskopisch fanden sich bei der Sektion eine kombinierte Atrophie des Groß- und Kleinhirns; mikroskopisch konnte bisher nur eine Randgliose nachgewiesen werden. Die weitere Bearbeitung wird noch erfolgen.

Einen Fall von Vererbung der tuberösen Sklerose teilt *Berg* (7) mit: ein Kind zeigte hochgradige tuberöse Sklerose und einen kleinen Nierentumor, beim Vater waren neben Naevus sebaceus ein großer Nierentumor und eine mäßige tuberöse Sklerose beobachtet worden, bei dessen Vater war ebenfalls ein großer Nierentumor vorhanden gewesen.

Kufs (57) bringt in seiner schönen Arbeit neun Krankengeschichten von Fällen, in denen die Diagnose der tuberösen Sklerose auf Grund der Trias: Hautveränderungen (Adenoma sebaceum, Typus *Pringle*, *Barlow* oder *Kothe*, daneben weiche Hautfibrome, einmal auch eigenartige Wucherungen an der vorderen Zungenhälfte), Epilepsie und Idiotie: gestellt werden konnte. In zwei Fällen, die zur Autopsie kamen, fanden sich tuberöse Tumoren der Rinde und Ventrikeltumoren, einmal auch im Kleinhirn, weiter Nierentumoren, in einem Falle auch Uterusmyome und eine kleine akzessorische Nebenniere in einem Ovarium. Auch der mikroskopische Befund war typisch für tuberöse Sklerose. Die großen atypischen Zellen hält auch *Kufs* teils für ganglionär, teils für gliös; vielleicht sind sie der Ausdruck einer mangelhaften Differenzierung von Spongio- und Neuroblasten. In den Ventrikeltumoren haben die Zellen nur gliösen Charakter: Heterotypien im Gehirn stützen die Ansicht, daß der tuberösen Sklerose eine allgemeine Mißbildung zugrunde liegt. Auch *Bielschowsky* (11), der gemeinsam mit *Gallus* eine monographische Darstellung des Leidens verfaßt hat, sieht das Wesen des Prozesses in einer geschwulstartigen Entwicklung der Spongioblasten, deren Beginn in die letzten Fötalmonate zu legen ist (zirkumskripte zentrale Spongioblastose). Die tuberöse Sklerose weist aber auch im späteren Leben noch eine Weiterentwicklung auf. Auch nach *B.* sind die großen atypischen Zellen teils als echte plasmareiche Gliazellen, teils als Ganglienzellen anzusehen. Bedeutungsvoll ist, daß bei der *Recklinghausen*schen Krankheit ganz ähnliche Zellen in der Rinde vorkommen; auch sonst bestehen noch enge klinische Beziehungen zwischen der tuberösen Sklerose und der *Recklinghausen*schen Krankheit, bei der die Tumoren von der entwicklungsgeschichtlich den Gliazellen gleichstehenden *Schwann*schen Scheide ausgehen (periphere Spongioblastose). Im klinischen Teil weist *Gallus* auf die schwere hereditäre Belastung hin; die Epilepsie ist wenig charakteristisch, zuweilen zeigt sie Neigung zu Progressiva.

Zahlreiche Arbeiten befassen sich mit den Störungen, die wenigstens größtenteils auf die Erkrankung der Drüsen mit innerer Sekretion zurückgeführt werden: Infantilismus, Athyreosis usw.

Dearborn (23) kommt auf Grund seiner gründlichen Untersuchungen, bei denen auch ausgedehnte Messungen und Blutuntersuchungen angestellt wurden, zu dem Ergebnis, daß vier Typen des Infantilismus (Dysthyreoidismus, Dysgenitalismus, Infantilismus dystrophicus und Mongolismus) für gewöhnlich unabhängig von anderen klinischen Erscheinungen lediglich durch körperliche und geistige Vergleichspunkte unterschieden werden können. Die Fälle von Dysthyreoidismus sind hinsichtlich der Skelettverhältnisse und Größe von typisch-infantiler Art



ßer Kopf, langer Rumpf, kurze Beine); die psychische Entwicklungshemmung harakterisiert durch Trägheit und Schwerfälligkeit in allen Äußerungen. Die e von Dysgenitalismus zeigen eunuchoiden Typus neben mehr oder weniger gesprochener Neigung zu Hyperadultismus, Gigantismus (lange Extremitäten lge Fortdauer des Wachstums durch Aplasie der Genitaldrüsen). Intellektuell st gut begabt, lassen sie die Zeichen männlicher Reife, Zielbewußtsein und bilität, oft vermissen. Die Fälle von dystrophischem Infantilismus sind meist hl differenziert (Erwachsene en miniature), doch kommen Ausnahmen mit infan-n Skelettverhältnissen vor. Psychisch oft zurückgeblieben, zeigen sie doch nicht eigentümliche Verdummung der Kretinen, die spezifische Mangelhaftigkeit der ongoloiden oder die psychopathische Minderwertigkeit der Vertreter des Dys-nitalismus. Die Mongoloiden sind charakterisiert in körperlicher Beziehung durch sondere weit zurückgehende Entwicklungshemmungen (besonders die geschlitzten ugen), psychisch durch die Nachahmungsgabe und die daraus resultierenden ähigkeiten bei sonstigem geistigen Tiefstand.

Auf Grund seiner Studien über Eunuchoidismus und verwandte Zustände ieht *Sterling* (96) folgende Schlußfolgerungen: An die erste Stelle tritt eine spezifische Symptomentrias und zwar 1. ein spezieller Typus der Fettsucht mit Bevorzugung er Gegend der Brustwarzen (Gynäkomastie), der Bauchdecken und der Cristae liacae, 2. ein spezieller Typus der Behaarungsdefekte: Bartlosigkeit (auch Nasen-öcher), Fehlen der Behaarung in Achselhöhlen und Schamgegend, 3. Hypoplasie ler Genitalorgane mit Funktionsunfähigkeit, die entweder von vornherein besteht oder vorzeitig sich entwickelt. Sehr häufig sind noch Defekte der Zähne (*Caries* und mangelhafte Entwicklung), Anomalien im Skelettbau (übermäßige Länge der Extremitäten, Überwiegen der Unterlänge über die Länge des Oberkörpers), weiter als besondere Erscheinung des Feminismus das Auftreten der sogenannten *Michaëlis*schen Raute, Erscheinungen von sogenannter Vagotonie (Tachykardie, Schwitzen, Blutwallung, Arythmie, Zittern der Hände, Ohnmachtsgefühl usw.), endlich Epilepsie. Hinsichtlich des psychischen Verhaltens teilt er die Eunuchoiden in drei Gruppen ein:

I. Eunuchoiden mit geringen Abweichungen; soziale, vielleicht etwas apathische Individuen.

II. Mäßig stumpfe, aber im allgemeinen soziale Imbezille.

III. Eunuchoiden vom Parasitentypus: bei verhältnismäßig guten psychischen Leistungen sind sie instabil, absolut untüchtig für das Leben und meist erwerbsunfähig. In der Pathogenese spielt eine primäre Erkrankung der Keimdrüsen wahrscheinlich eine größere Rolle; möglicherweise ist auch das Verhalten der Hypophyse nicht bedeutungslos.

An dieser Stelle sei auch auf die Arbeit von *Peritz* (72) verwiesen, die einen recht guten Überblick über die jetzigen Anschauungen der Beziehungen zwischen Genitaldrüsen und Hypophyse gibt. Entwicklungsstörungen in der Lagerung der Genitaldrüsen sind bei Schwachsinnigen recht häufig, wenngleich sie sich vielfach bis zum Eintritt der Pubertät noch ausgleichen.

Kellner (48) fand bei 558 Knaben (im Alter von 6—17 Jahren) Kryptorchismus



54 mal, Monorchismus 44 mal (28 rechts, 16 links), doppelseitigen Leistenhoden 30 mal, einseitigen Leistenhoden 15 mal (10 rechts, 5 links), unvollständigen Deszensus 22 mal.

Parhon und *Tupa* (71) beschreiben einen Fall von Infantilismus bei einem Idioten mit mikrogyrischem Gehirn. Klinisch bot der Kranke: Bartlosigkeit, Fehlen der Achselhöhlen- und Schamhaare, linksseitigen Monokryptorchismus, Kleinheit des rechten Hodens, Strabismus, spastische Hemiplegie usw. Das großenteils mikrogyrische kleine Gehirn wies hochgradige Störungen der Zytoarchitektonik auf; in den Hoden fehlten alle Zeichen von Spermatogenese, besonders auffällig war der Mangel an Lipoidstoffen in den interstitiellen Drüsenzellen. Die Verfasser neigen der Ansicht zu, daß der Mangel dieser Lipoidstoffe in den Geschlechtsdrüsen eine bedeutende Rolle in der Pathogenese des Infantilismus spielt. An anderer Stelle veröffentlicht *Parhon* gemeinsam mit *Schunda* (70) eine Mitteilung über 3 Fälle von ausgeprägter Achondroplasie und 1 Fall, den er als forme fruste dieser Erkrankung bezeichnet. Einer der Kranken war wahrscheinlich von Haus aus schwachsinnig; der letzte Fall war durch eine interkurrente Psychose von manischer Färbung kompliziert. Nach den Verfassern beruht die Achondroplasie wahrscheinlich auf einer Hyperfunktion der Genitaldrüsen bei gleichzeitiger Hypofunktion der Schilddrüse, Hypophyse und vielleicht der Thymus.

In dem interessanten Falle von *Goldstein* (38) hatten sich klinisch alle Zeichen des Myxödems nachweisen lassen, während bei der Autopsie eine zwar verkleinerte, aber sonst makroskopisch wie mikroskopisch normale Schilddrüse gefunden wurde. Der gleiche Befund war bei dem Bruder des Patienten erhoben worden; es zeigten aber, abgesehen von der Leber alle Organe, namentlich die Drüsen mit innerer Sekretion eine deutliche Gewichtsverringerung. Gröbere Veränderungen fanden sich in den Hoden; sie waren klein, weich, wiesen in den Hodenkanälchen nur einschichtiges Epithel und völligen Mangel der Spermatogenese auf. Als wesentliche Ursache des Myxödems möchte *Goldstein* in seinem Falle neben der eventuell vorliegenden Hypoplasie der Schilddrüse die gleichzeitige Funktionsstörung der übrigen Drüsen, wie das dadurch geschaffene mangelhafte Zusammenarbeiten aller Drüsen ansehen. Die Entwicklungshemmungen, die sich im Gehirn fanden (Störungen in der Lagerung der Ganglienzellen, schlechte Abgrenzung der Schichten, Verlagerung in die weiße Substanz, abnorme Größe und Kleinheit einzelner Mündungen), faßt *Goldstein* als koordiniert mit der Entwicklungsstörung der endokrinen Drüsen auf.

Bei dem Kranken von *Pönitz* (76), der seit seinem 12. Jahre an einer der Katatonie am meisten gleichenden Psychose litt, bestanden außerdem Symptome, die auf eine Hypofunktion der Schilddrüse hinwiesen; leicht pastöser Habitus, kleines Genitale, zurückbleiben im Längenwachstum, leicht eingedrückte Nasenwurzel und besonders auch eine auffällige Toleranz für Zucker und die mangelhafte Ansprechbarkeit des sympathischen und auch des autonomen vegetativen Nervensystems, die sich in fehlender bzw. höchst mangelhafter Beeinflußbarkeit durch Adrenalin, Atropin und Pilokarpin kundgab.

Joedicke (45) fand bei Myxödem und Mongolismus die Assimilationsgrenze



für Dextrose wesentlich erhöht; eine glykosurische Wirkung gleichzeitiger Adrenalingaben konnte er wenigstens bei Athyreosis nicht nachweisen, dagegen trat nach weiterer Darreichung minimaler Kokaindosen (0,005 subkutan) Zucker auf. Durch diese Versuche wird die Hypothese gestützt, die bei Myxödem eine Hyperfunktion des Pankreas infolge Ausschaltung der Thyreoidea annimmt. Laevulose ist anderen Assimilationsbedingungen unterlegen wie Dextrose. Nach *Joedicke* ist der Mongolismus wahrscheinlich auf Ausfallserscheinungen der Keimdrüsensekretion zurückzuführen, es scheint also Hyperfunktion des Pankreas nach *J.* auch nach Wegfall der Keimdrüsen aufzutreten. Versuche, die *J.* bei Myxödem gleichzeitig mit Atropin (verstärkte Wirkung) und Pilokarpin machte (verringerte Wirkung), bestätigen die Angaben von *Freudenberg*, nach dem eine ganze Reihe von Symptomen des Myxödems, verengte Lidspalte, rauhe Sprache, Impotenz, Obstipation, als Äußerung eines niedrigen Tonus der autonomen Nerven zu betrachten sind. *Joedicke* (46) hat 7 Fälle von Mongolismus mittels des Dialysierverfahrens nach *Abderhalden* auf Abbau von Gehirn, Schilddrüse, Geschlechtsdrüsen, Nebennieren, Leber, Pankreas und Muskel untersucht. Die Ergebnisse waren nicht ganz gleichförmig; aber daraus, daß in 6 Fällen Fermente gegen Geschlechtsdrüsen nachweisbar waren, glaubt *Joedicke* schließen zu dürfen, daß den Keimdrüsen eine besondere Bedeutung für die Pathogenese des Mongolismus zuzuschreiben ist.

Nach *Kellner* (50) ist der Mongolismus bei der städtischen wie ländlichen Bevölkerung im Zunehmen begriffen. Die Beobachtung des Mongolismus beim Neugeborenen lehrt, daß der Mongolismus auf einer intrauterinen Erkrankung des keimenden Organismus beruht. Von den Symptomen hebt *Kellner* besonders auch die große Muskelschwäche hervor, als deren Teilerscheinung bei fast allen Mongoloiden eine auffällige Herzschwäche zu beobachten ist; einmal sah *Kellner* auch Komplikation der Erkrankung durch Myxidiotie.

Weniger reichhaltig ist die Literatur über Mißbildungen; es sei hier nur einer Veröffentlichung von *Rittershaus* (78) Erwähnung getan. Der Fall ist einmal dadurch auffällig, daß der Patient trotz hochgradiger Hydrozephalie (77 cm Umfang) das Alter von 16 Jahren erreicht hat, zum anderen dadurch, daß hier (nach den anamnestischen Angaben zu schließen) gleich nach der Geburt vielleicht eine Kranioschisis vorgelegen hatte, die sich später wieder geschlossen hat. Möglicherweise aber lassen die Angaben der Mutter allerdings auch die Deutung zu, daß ein schon während der Schwangerschaft bestehender Hydrozephalus kurz vor der Geburt eine so weitgehende temporäre Rückbildung erfahren hat, daß die Kopfschwarte geradezu eingesunken war.

III. Fürsorge für Schwachsinnige und Psychopathen. Fürsorgeerziehung. Prophylaxe.

Nach *Eleonore Abramowsky* (1) ist der Stand der Fürsorge für die Schwachsinnigen im Staate Massachusetts besonders gut. Einmal wird die Anstaltsfürsorge, namentlich die Schule von Waverley, gerühmt, zum anderen wird die Zentralisation der gesamten Fürsorge für Schwachsinnige, Irrsinnige, Epileptiker und Trinker unter eine Behörde (State Board of Insanity) lobend anerkannt. In Massachusetts



ist man zurzeit auch damit beschäftigt, eine genaue Zählung und Statistik über das Vorkommen geistiger Minderwertigkeit durchzuführen.

Einen vorzüglichen Überblick über den Stand des deutschen Hilfsschulwesens gibt das von *Wehrhahn* (103) herausgegebene Werk über die deutschen Hilfsschulen in Wort und Bild. Über die Entwicklung und dem derzeitigen Ausbau der Anstaltsschule zu Alsterdorf berichtet *Gerhardt* (37). Eine kurze, aber anregend geschriebene Abhandlung von *Kirmse* (51) ist die Entwicklung der Schwachsinnigenfürsorge Deutschlands und der übrigen Länder gewidmet.

Die Bestrebungen, die wissenschaftliche Ausbildung der Personen, die sich in der Fürsorge-, namentlich aber in der Erziehungsarbeit an Schwachsinnigen betätigen wollen, wesentlich zu vertiefen, werden durch die Eröffnung des ersten heilpädagogischen Seminars in Essen eine willkommene Förderung erfahren. Über die Organisation des Seminars, an dem auch besondere Kurse für ärztliche Teilnehmer geplant sind, machen *Büttner* (15) und *Meltzer* (64) einige Mitteilungen.

Zur Ausbildung des Pflegepersonals in Schwachsinnigenanstalten dürfte der kurze Leitfaden von *Meltzer* (63) gut geeignet sein.

Mönkemöller (67) wünscht, daß auch die psychisch abnormen Fürsorgezöglinge, soweit es nur einigermaßen durchführbar ist, in Erziehungsanstalten untergebracht werden. Die Erzieher müssen aber mit den wesentlichsten Kenntnissen dieser Krankheitsbilder ausgestattet werden. Dazu sind Ausbildungskurse, aber namentlich regelmäßig wiederkehrende Untersuchungen der Zöglinge durch Psychiater von größtem Nutzen; bietet sich doch gerade dabei reichlich Gelegenheit zu belehrenden Aussprachen. Nötig ist es aber auch, daß die Fürsorgezöglinge möglichst frühzeitig psychiatrisch untersucht werden, damit die Erzieher gleich zu Beginn des Erziehungswerkes wissen, ob sie es im gegebenen Falle mit einem Psychopathen zu tun haben. *M.* fordert deswegen die Errichtung von Aufnahmestationen, in denen alle Fürsorgezöglinge zu beobachten wären, bevor sie den eigentlichen Erziehungsanstalten überwiesen werden. Diese Beobachtungsanstalten hätten auch solche Zöglinge aufzunehmen, bei denen sich erst später Defekte herausstellen. Für die schwersten Formen psychopathischer Minderwertigkeit sind Sonderanstalten, möglichst unter psychiatrischer Leitung, zu schaffen, sie wären am besten den Beobachtungsanstalten anzugliedern, mit denen auch die Nachhilfsschulen für schwachsinnige Fürsorgezöglinge zweckmäßigerweise zu verbinden wären. Sonstige etwas schwierigere Psychopathen müßten am besten in größeren Anstalten untergebracht werden, wo sie nicht ganz so leicht ihren verderblichen Einfluß geltend machen können wie in kleinen Erziehungsanstalten. Für die absolut Unerziehbaren muß auch nach Ablauf der Fürsorgeerziehung durch Errichtung von Zwischenanstalten, in denen sie unschädlich zu machen sind, gesorgt werden. Ähnliche Gedanken entwickelt *Schnitzer* (91); er fordert außerdem Einführung von Berufsvormundschaft für die herangewachsenen Psychopathen. Besonderen Wert legt *Schnitzer* auf die Gewinnung eines geeigneten Erzieherpersonals. Er fordert die Errichtung von Erzieherschulen an einzelnen geeigneten Anstalten.

Hinrichs (42) empfiehlt zur Unterrichtung erwachsener straffälliger Psychopathen, die sich weder für den Strafvollzug noch für die Irrenanstalt eignen, die



auung von Zwischenanstalten; solche Anstalten sind auch für die unerziehbaren chopathischen Fürsorgezöglinge zu errichten.

Gehry (36) gibt in seiner kurzen Arbeit zwei vorzügliche Krankheitsgeschichten Moral insanity, die er definiert als einen völligen oder teilweisen Mangel an ralischen Gefühlen bei genügender Intelligenz, verbunden mit einem Trieb zum rbrechen. *Gehry* ist aus praktischen Gründen durchaus dafür, sie als zurechnungsig dem Richter zur Unterbringung in den Strafanstalten zu überlassen. Anstatt stspielige Experimente mit den moralisch Schwachsinnigen in Irrenanstalten machen, wo sie nicht hineinpassen, soll man lieber eine bessere Prophylaxe durch sgedehnte Jugendfürsorge betreiben. Gegen diese Anschauungen nimmt *Bleuler* 2) entschieden Stellung. Nach ihm sind die Strafanstalten durchaus nicht geeignet r Aufnahme der moralisch Schwachsinnigen; sie können mit ihren Einrichtungen ur strafen, nicht behandeln — dazu sind eben vorläufig nur die Irrenanstalten efähigt — und schützen die Gesellschaft doch nicht genügend, da die moralisch Schwachsinnigen nach Verbüßung ihrer Strafe immer wieder auf die Menschheit osgelassen werden.

5. Funktionelle Psychosen.

Ref.: Umpfenbach-Bonn.

1. *Adam, F.* (Charenton), Accès confusionnels chez un persécuté persécuteur. Ann. méd.-psychol. Année 71 (I), p. 150.
2. *Alix* et *Dunan*, Hémoptysies congestives sans lésions pulmonaires dans un cas de folie à double forme. Bull. de la soc. clinique de méd. ment. tome 6, p. 291.
3. *Allaman*, Folie à deux. Progrès médical no. 22.
4. *Alzheimer, A.* (Breslau), Beiträge zur pathologischen Anatomie der Dementia praecox. Deutscher Verein f. Psych. 1913.
5. *Alzheimer, A.* (Breslau), Beiträge zur pathologischen Anatomie der Dementia praecox. Autoreferat. Psych.-Neurol. Wschr., Jahrg. 15, S. 301.
6. *Alzheimer, A.* (Breslau), Beiträge zur pathologischen Anatomie der Dementia praecox. Sitzungsbericht. Neurol. Zentralbl., Jahrg. 32, S. 932.
7. *Alzheimer, A.* (Breslau), Residuäre Halluzinose. Sitzungsbericht. Berl. klin. Wschr., Jahrg. 50, S. 701.
8. *Aschaffenburg, Gustav* (Köln), Degenerationspsychosen und De-



mentia praecox bei Kriminellen. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 1913, I. Suppl. S. 306. (S. 153*.)

9. *Bajenoff*, *N.* (Moskau), Quelques reflexions sur les folies gémellaires et familiales. Arch. de Neurol. tome 35, p. 213.
10. *Bakody*, *A. von*, Pupillenveränderungen bei Krankheitsprozessen mit Demenz. Gyógyászat 52, p. 201.
11. *Bakody*, *A. von*, Über einen Fall von Gefängnispsychose. Gyógyászat 53, p. 590.
12. *Ballet*, *G.*, La psychose hallucinatoire chronique et la désagrégation de la personalité. L'Encéphale I, 501.
13. *Ballet*, *G.*, et *Gallais*, *A.*, Un persécuté hypocondrique. L'Encéphale 8 (1), p. 272.
14. *Beaussart*, *P.*, La jalousie et les délires de la jalousie. Sitzungsbericht. Ann. méd.-psychol. Année 71 (II), p. 76.
15. *Bechterew*, *W.* (Petersburg), Über den Wahn hypnotischer Verzauberung oder Paranoia suggestio-delira. Russki Wratsch 12, S. 111. (S. 151*.)
16. *Becker*, *Werner H.* (Weilmünster), Spezielle Prognose der Geisteskrankheiten. Halle a. S., Carl Marhold. 37 S.
17. *Befani*, *G. C.*, Una alienata acondropasica. Rassegna di studi psichiatrici 3, p. 453.
18. *Benedek*, *Ladislaus*, und *Deák*, *Stefan* (Klausenburg), Unterschiede zwischen dem Blutserum bei Paralyse und Dementia praecox in bezug auf die Auflösung von Immunhämolysinen. Deutsche med. Wschr., Jahrg. 39, S. 24. (S. 145*.)
19. *Benedek*, *Ladislaus*, und *Deák*, *Stefan* (Klausenburg), Dasselbe. Arch. f. Psych. u. Nervenkrkh. Bd. 51, S. 209.
20. *Benon*, *Raoul* (Nantes), Manie et idiotie. Nouv. Icon. de la Salpêtr. 26, no. 4.
21. *Benon*, *Raoul* (Nantes), Petits accès d'asthénie périodique. Ann. méd.-psychol. Année 71 (I), p. 528.
22. *Benon*, *Raoul*, et *Denès*, *P.* (Nantes), Manie chronique. Nouv. Icon. de la Salpêtr. 26, p. 122.
23. *Berger*, *Hans* (Jena), Klinische Beiträge zur Paranoiafrage. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 34, S. 181. (S. 152*.)
24. *Bessière*, *René* (Paris), Paranoia et psychose périodique. Essai



historique, clinique, nosographique, médico-légal. Thèse. Paris, Alfred Leclerc. 165 p.

25. *Birnbaum*, *Karl* (Buch), Die psychopathischen Verbrecher. Berlin, P. Langenscheidt. 568 S.
26. *Bleuler*, *E.* (Burghölzli), Kritik der *Freud*schen Theorien. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 70, S. 665.
27. *Blondel*, *M.*, Un cas de vagabondage chez une paranoiaque. Sitzungsbericht. L'Encéphale 8 (1), p. 90.
28. *Bonhoeffer*, *Karl* (Berlin), Die Infektions- und Autointoxikationspsychosen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 34, S. 506. (S. 153*.)
29. *Bonhoeffer*, *Karl* (Berlin), Über die Beziehungen der Zwangsvorstellungen zum Manisch-depressiven. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 33, S. 354. (S. 144*.)
30. *Booth*, *David S.* (St. Louis), The simulation of organic by functional nervous diseases. With a few points of differential diagnosis. Railway Surgical Journal, Issue of April.
31. *Borda*, *J. T.*, Contribución al estudio de las lesiones celulares de la corteza cerebral en la demenzia precoz. Arch. de Psiquiatria y Criminologia 12, p. 304.
32. *Borda*, *J. T.*, Dasselbe. Rev. de la Soc. Méd. Argentina 20, p. 107.
33. *Boring*, Learning in dem. prec. Gouvern. hospit for insane (Washington) no. 5.
34. *Boutet*, *A.*, Récidive de manie après trente-six ans chez une malade antérieurement atteinte de manie d'origine puerpérale. Sitzungsbericht. L'Encéphale 8 (1), p. 181.
35. *Boyd*, *William A.* (Belfast), A contribution to the study of folie à deux. Medical record 82, p. 59.
36. *Boyd*, *W. A.* (Belfast), and *Brunton*, Mikroorganismen bei Manie. Brit. med. Journ., 8. November.
37. *Briand*, *Marcel* (St.-Anne), et *Vinchon*, Influence de l'entourage sur la formule de certains délires mélancoliques. Sitzungsbericht. Ann. méd.-psychol. Année 71, Février, p. 198.
38. *Bruce* (Murthly), Die Komplimentablenkung in Fällen von manischdepressivem Irresein. Sitzungsbericht. Neurol. Zentralbl., Jahrg. 32, S. 1461.
39. *Buckley*, *Albert C.*, Functional psychoses of the senile period. The Pennsylvania medical journal, February.

40. *Bumke*, *Oswald* (Freiburg i. Br.), Plethysmographische Untersuchungen bei Dementia praecox-Kranken. Sitzungsbericht. Allg. Ztschr. f. Psychiatrie Bd. 70, S. 159.

41. *Camus*, *P*. (Paris), Schwachsinn und Paranoia. Sitzungsbericht. Neurol. Zentralbl., Jahrg. 32, S. 398.

42. *Camus*, *P*., et *Dumont*, *J*. (Paris), Euphorie délirante des tuberculeux chez un cardio-renal mort de phthisie galopante. Gaz. des hôp. no. 14.

43. *Capgras*, *J*., et *Morel*, *L*. (Neuilly sur Marne), Paralysie générale prolongée ou démence précoce. Sitzungsbericht. Bull. de la soc. de méd. ment. 6, p. 296.

44. *Carstensen*, *Th*., Beitrag zur Lehre der senilen Geistesstörungen. Inaug.-Diss. Göttingen.

45. *Cazzamalli*, *F*., Contributo allo studio della dementia praecox: ricerche sfigmomanometriche e sfigmografiche. Riv. sper. di Fren. vol. 39 fasc. 1 u. 2, 1912. (S. 145*.)

46. *Chotzen*, *F*. (Breslau), Wahnbildung bei manisch-depressiven Irresein. Sitzung der psych.-neurol. Gesellsch. Breslau 6. XII. 1913.

47. *Clarke*, *Geoffrey* (London-Baustead), The forms of mental disorder occurring in connexion with child-bearing. The Journal of mental Science vol. 59, no. 244, p. 67.

48. *Clérambault*, *de*, Interprétations délirantes avec conscience de la maladie. Débuts ambitieux. Episode amnésique. Traumatisme céphalique dans l'enfance. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. 6, p. 100.

50. *Colla*, *Ernst* (Bethel-Morija), Zur Frage der Basedowpsychosen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 70, S. 525.

51. *Consiglio*, *P*., Nevrosi e psicosi in guerra. Giornale di medicina militare 61, p. 33.

52. *Cordes*, *Franziska* (Französisch-Buchholz), Manieartige Geistesstörung bei Hirntumor. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Original-Bd. 15, S. 203.

53. *Cornelius*, *R*., Die Autosuggestion in ihren Beziehungen zu den depressiven Psychoneurosen (die postparoxystische Autosuggestion). Zentralbl. f. Psychoanal. u. Psychother. Bd. 4. S. 131.

Courbon, *P.* (Amiens), Démence précoce et psychose maniaque-dépressive; contribution à l'étude des psychoses associées. L'Encéphale 8 (1), p. 434.

Courbon, *Paul* (Amiens), Interprétations délirantes et perceptivité cénesthésique. Revue de Psychiatrie. Juin.

Crespin-Bonnet, Micromélie rhizomélique partielle avec troubles mentaux chez une jeune arabe. Nouv. Icon. de la Salpêtr. 25, p. 136.

Daneo, *L.*, Su la così detta „Pazzia nuziale". Rassegna di studi psichiatrici 3, p. 389.

Degenkolb, *Karl* (Altenburg), Über schizophrene Symptome, Muskelerregbarkeit und Schleimhautreflexe in einem Fall von Blitzneurose und über die Kapitalabfindung solcher Fälle. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 34, S. 428.

. *Delmus* et *Boudon*, A propos des démences neuro-épithéliales à prédominances régionales. Syndrom paralytique au cours d'une démence hébéphréno-catatonique. L'Encéphale 8 (1), p. 269.

). *Demay*, *Georges*, Des psychoses familiales. Thèse. Paris.

1. *Demay*, *Georges*, Des psychoses familiales. Paris, Ollier-Henry. 175 p.

2. *Demay*, *Georges*, et *Libert*, *Lucien* (Neuilly sur Marne), Les délires de jalousie. Essai de classification. Valeur comparée des interprétations et des hallucinations dans la genèse de ces délires. Sitzungsbericht. Ann. méd.-psychol. Année 71 (II), p. 412.

53. *Dercum*, *F. H.* (Philadelphia), Essential features of symptomatology and prognosis in dementia praecox. New York med. journ. p. 425.

54. *Dercum*, *F. H.*, and *Ellis*, *A. G.* (Philadelphia), An examination of the ductless glands in eight cases of dementia praecox. Journ. of nervous and mental Disenze 40 (2), p. 73.

65. *Dide*, *Maurice*, et *Carras*, *G.* (Toulouse), Psychose périodique complexe, délire d'interprétation, psychose excito-dépressive, obsessions et impulsions. Ann. méd.-psychol. Année 71 (1), p. 257.

66. *Dide*, *Maurice*, et *Levèque*, *Juliette* (Toulouse), Psychose à base

d'interprétation passionnée. Un idéaliste passionné de la justice et de la bonté. La nouvell. iconograph. de la Salpétr. no. 1.

67. *Dobrochotow*, *W.*, Katatonie und Tuberkulose. Psych. d. Gegenwart (russisch) Bd. 7, S. 125.

68. *Dolenc*, *Method* (Graz), Vierfache Kindesabschlachtung durch die Mutter infolge eines Raptus melancholicus. H. Groß' Archiv Bd. 51, S. 48.

69. *Donath*, *Julius* (Wien), Natrium nucleinicum in der Behandlung der Dementia praecox. Sitzungsbericht. Neurol. Zentralbl. Jahrg. 32, S. 1461. (S. 146*.)

70. *Donath*, *Julius* (Wien), Dasselbe. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Originalien. Bd. 19, S. 223.

71. *Douglas-Singer*, *H.*, Dementia praecox. Journ. of nervous and mental Discase 39, p. 812.

72. *Dubois*, *Robert* (Paris), De l'anorexie mentale comme prodrome de la démence précoce. Sitzungsbericht. Ann. méd.-psychol. Année 71 (I), p. 431.

73. *Duclos*, *Paul*, Contribution à l'étude de l'état mental dans les intermissions de la psychose périodique. Thèse. Paris.

74. *Ducosté*, *Maurice* (Alençon), Deux observations de délire d'interprétation. Ann. méd.-psychol. Année 71 (I), p. 408.

75. *Dupong*, *Roger* (Paris), Du délire obsessif. Sitzungsbericht. Ann. méd.-psychol. Année 71 (I), p. 731.

76. *Dupong*, *Roger* (Paris), Idée fixe avec réprésentations mentales pseudohallucinatoires. L'Encéphale 8 (1), p. 262.

77. *Dupré* et *Marmier* (Paris), Auto-emasculation dans un raptus anxieux, rôle de la suggestion étrangère. Revue de méd. légalc 20, p. 268.

78. *Dußler*, *Hermann*, Zur Kasuistik des Wandertriebs auf psychopathischer Grundlage. Inaug.-Diss. Tübingen.

79. *Duzlos*, Contr. à l'ét. de l'état mental dans les intermissions de la psychose périodique. Thèse. Paris.

80. *Elfes*, *K.*, Katatonie mit besonderer Berücksichtigung des Verlaufs in der Gravidität. Inaug.-Diss. Kiel 1912.

81. *Enge*, *Joh.* (Lübeck), Spontane Herzruptur bei einem Katatoniker. Beitrag zur Kenntnis der Entstehung spontaner Herzrupturen.

Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Originalien. Bd. 15, S. 86. (S. 146*.)

'ankhauser, *E.* (Bern), Somatische Grundlage der Dementia praecox. Schweizer Korrespondenzbl. Nr. 3.

'auser, August (Stuttgart), Psychische Störungen bei Basedow-Krankheit. Deutsche med. Wschr., Jahrg. 39, S. 45.

'auser, A. (Stuttgart), Zur Frage des Vorhandenseins spezifischer Schutzfermente in Serum von Geisteskranken. Münch. med. Wschr., Jahrg. 60, S. 584.

Fauser, A. (Stuttgart), Weitere Untersuchungen (3. Liste) auf Grund des *Abderhalden*schen Dialysierverfahrens. Deutsche med. Wschr., Jahrg. 39, S. 304. (S. 154*.)

Fauser, A. (Stuttgart), Pathologisch-serologische Befunde bei Geisteskranken auf Grund der *Abderhalden*schen Anschauungen und Methodik. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 70, S. 719.

Fauser, A. (Stuttgart), Dasselbe. Psych.-Neurol. Wschr., Jahrg. 15, S. 105.

Fingerhut, Friedrich, Zur Lehre von den transitorischen Bewußtseinsstörungen während der Geburt. Inaug.-Diss. Kiel.

Fischer, Johannes (Rostock), Gibt es spezifische, mit dem *Abderhalden*schen Dialysierverfahren nachweisbare Schutzfermente in Serum Geisteskranker? Sitzungsbericht und Abhandlung der Naturforschenden Gesellschaft zu Rostock, Bd. 5.

. *Fischer, Johannes* (Rostock), Weitere Untersuchungen mit dem *Abderhalden*schen Dialysierverfahren bei Geisteskranken. Deutsche med. Wschr., Jahrg. 39, S. 2138.

.. *Forster, Eduard* (Berlin), Ein Fall von zirkumskripter Autopsychose auf Grund einer überwertigen Idee. Sitzungsbericht. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 70, S. 310.

!. *Fröderström*, La dormeuse d'Oknò. 32 ans de stupeur, guérison complète. Nouv. Icon. de la Salpêtr. 1812, no. 3.

3. *Garvin*, Partial analepsis of a case of hysteria or dementia praecox. Journ. of nervous and mental Disease 39, p. 832.

4. *Gatti, Ludovico* (Genua), Über psychische Störungen im Verlaufe der *Recklinghausen*schen Krankheit. Kutanes, gastrisches und psychisches Symptomenbild. Neurol. Zentralbl., Jahrg. 32, S. 1027. (S. 145*.)

95. *Golla, Hubert* (Obernigk), Paranoide Zustandsbilder beim manisch-depressiven Irresein. Vortrag, gehalten auf der ostdeutschen Psychiaterversammlung in Breslau am 7. Dezember 1913. Sitzungsbericht. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Referate. Bd. 6, S. 1086.

96. *Gorn, Walter* (Sorau), Über therapeutische Versuche mit kolloidalem Palladium-hydroxydul (Leptynol) bei verschiedenen Psychosen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Originalien. Bd. 20, S. 358.

97. *Gorritti, J.*, Sur une forme associée du délire d'interprétation; son autonomie clinique et sa place nosographique. Bull. de la soc. clinique de méd. mentale 9, p. 182.

98. *Graf, Walter*, Beitrag zur Lehre der hypochondrischen Melancholie. Inaug.-Diss. Kiel.

99. *Gregor, A.*, und *Gorn, W.* (Leipzig), Zur psychopathologischen und klinischen Bedeutung des psychogalvanischen Phänomens. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Originalien. Bd. 16, S. 1. (S. 146*.)

100. *Gregory, M. S.*, Case of manic-depressive psychosis in a child. Journal of nervous and mental Discase 41, p. 41.

101. *Groß, Carl*, und *Pappenheim, Martin* (Wien), Über die Einwirkung politischer Ereignisse auf psychische Krankheitsbilder. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 34, S. 125.

102. *Gruhle, Hans W.* (Heidelberg), *Bleuler*s Schizophrenie und *Kraepelin*s Dementia praecox. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Originalien. Bd. 17, S. 114.

103. *Halberstadt, J.* (Paris), Contribution à l'étude des troubles mentaux dans le goître exophthalmique classique et dans l'état „basedowoide“ de *Stern.* Revue neurol. 20, p. 327, 1912.

104. *Halberstadt, J.* (Paris), Un cas de démence précoce ayant présenté un état cataleptique de durée insolite. Ann. méd.-psychol. Année 71 (II), p. 500.

105. *Halberstadt, J.* (Paris), Contribution à l'étude des pamphrénies. Arch. de neurol. Décembre. (S. 147*.)

106. *Halberstadt, J.* (Paris), Un cas de psychose dégénérative post-émotionelle. Revue de Psych. et de Psychol. expérimentale 17, p. 150.



Halberstadt, M. (Paris), La démence précoce à évolution circulaire. Revue de Psych. Septembre. (S. 147*.)

Hart und *Spearmann*, Eine experimentelle Untersuchung über das Wesen der Dementia praecox. Sitzungsbericht. Neurol. Zentralbl., Jahrg. 32, S. 1461.

. *Haßmann, O.*, und *Zingerle, H.* (Graz-Feldhof), Untersuchung bildlicher Darstellungen und sprachlicher Äußerungen bei Dementia praecox. Journ. f. Psychol. u. Neurol. 20, S. 24. (S. 147*.)

). *Hauptmann* (Freiburg i. Br.), Ätiologische Untersuchungen bei Dementia praecox. Sitzungsbericht. Neurol. Zentralbl., Jahrg. 32, S. 1004.

l. *Hauptmann* und *Bumke, O.* (Freiburg i. Br.), Ätiologische Blutuntersuchung mittels der *Abderhalden*schen Dialysiermethode bei Dementia praecox. Sitzungsbericht. Arch. f. Psych. u. Nervenkrkh. Bd. 52, S. 830.

2. *Haury*, Un cas de paresse pathologique. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. 6, p. 313.

3. *Haushalter, P.* (Paris), Contribution à l'étude de la démence précoce dans l'enfance. Arch. de méd. des enfants 15, no. 3, 1912.

14. *Hawley, M. C.* (Watertown), Blutdruck in manischen und depressiven Zuständen. Arch. of intern. Med. November 1913.

15. *Haymann, Hermann* (Freiburg i. Br.), Der galvanische Lichtreflex unter psychopathologischen Verhältnissen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Originalien. Bd. 17, S. 134. (S. 154*.)

16. *Hößlin, R. v.* (Eglfing), Die paranoiden Erkrankungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Originalien. Bd. 18, S. 363.

117. *Hößlin, R. v.* (Eglfing) und *Stransky, E.* (Wien), Die paranoiden Erkrankungen. Sitzungsbericht. Referat auf der Jahresversammlung des Vereins Bayrischer Psychiater in München vom 27. und 28. Juni 1913. Neurol. Zentralbl., Jahrg. 32, S. 938.

118. *Hohmann, Aloys*, Über Puerperalpsychosen. Inaug.-Diss. Königsberg.

119. *Hollingworth*, Amentia. Med. Record. 25. Oktober.
120. *Holtum, Heinrich von*, Über Chorea minor und Psychose. (Verwirrtheit und Hemmung.) Inaug.-Diss. Kiel.
121. *Hülsken, Hans*, Beitrag zur Ätiologie und Symptomatologie der Katatonie. Inaug.-Diss. Kiel.
122. *Jacobson*, Literary genius and manic-depressive Insanity. Medical Record 82, p. 937.
123. *Jacquin* (Bourg), Le signe de la poignée de main dans la démence précoce et de signe de l'engelure. Sitzungsbericht. Ann. médi-psychol. Année 71 (II), p. 174.
124. *Janssens, G.*, Senile Rindenverödung bei manisch-depressiver Psychose. Psych. en Neurol. Bladen 17, p. 207.
125. *Jaspers, Karl* (Heidelberg), Kausale und „verständliche" Zusammenhänge zwischen Schicksal und Psychose bei der Dementia praecox. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Originalien. Bd. 14, S. 158.
126. *Jelliffe, Smith Elly* (New York), A summary of the origins, transformations and present. — Day trends of the paranoia concept. Medical Record 83, p. 594.
127. *Imbert, Georges*, Les psychoses d'origine digestive. Thèse. Paris.
128. *Imhof, Albert* (Gabersee), Über Geisteskrankheit und Osteomalacie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Originalien. Bd. 14, S. 137. (S. 155*.)
129. *Isham, Mary Keyt*, A paranoid state. Medical Record 83, p. 1121.
130. *Itten, W.* (Zürich), Psychologie der Dementia praecox. Inaug.-Diss. Zürich.
131. *Itten, W.* (Spiez), Beiträge zur Psychologie der Dementia praecox. Jahrb. f. psychoanal. u. psychopath. Forschungen Bd. 5, S. 1.
132. *Kahane, H.* (Wien), Über psychische Depressionen. Wien. klin. Wschr. 26, S. 1881.
133. *Kahn, P.* (Paris), Verfolgungswahn bei einer manisch Erregten. Neurol. Zentralbl., Jahrg. 32, S. 398.
134. *Katahira, S.*, Über den Zusammenhang der Menstruation und Psychose oder die Menstruationspsychose. Inaug.-Diss. München.
135. *Kent*, Habit formation in demencia praecox. Gouvern. hospit. for the insane (Washington) no. 5.

5. *Kirby*, *George H.*, The catatonic syndrome and its relation to manic-depressive insanity. Journ. of nervous and mental Disease 40, p. 694.

7. *Kirchberg*, *Paul* (Frankfurt a. M.), Zur Lehre von den Kinderpsychosen. Sitzungsbericht. Allg. Ztschr. f. Psych. 70, S. 816.

38. *Kiuchi*, *Toyo*, Über den Zusammenhang der Geisteskrankheiten mit dem Geburtsakt und Wochenbett. Inaug.-Diss. München.

39. *Kleist*, *Carl* (Erlangen), Die Involutionsparanoia. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 70, S. 1.

40. *Klippel*, *Maurice*, *Mathieu-Pierre Weil* et *Edmond Levy* (Paris), La réaction d'activation du venin de cobra dans les maladies mentales. Sitzungsbericht. Ann. méd.-psychol. Année 71 (I), p. 458.

41. *Knappe*, *Wilhelm*, Die Generationspsychosen in der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Osnabrück. Inaug.-Diss. Greifswald.

42. *Koehler*, *E. v.* (Mont-Pélerin), Dementia praecox oder reaktive Depression. Sitzungsbericht. Neurol. Zentralbl. Jahrg. 32, S. 323.

143. *König*, *Hans*, und *Linzenmeier*, *Georg* (Kiel), Über die Bedeutung gynäkologischer Erkrankungen und der Wert ihrer Heilung bei Psychosen. Arch. f. Psych. u. Nervenkrkh. Bd. 51, S. 1002.

144. *Kreuser*, *Fritz* (Winnental), Zur Differentialdiagnose zwischen Hebephrenie und Hysterie. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 70, S. 873.

145. *Krueger*, *Hermann* (Königslutter), Beiträge zur Klinik der Paranoia. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Originalien. Bd. 20, S. 116.

146. *Krueger*, *Hermann* (Königslutter), Hirngewicht und Schädelkapazität bei psychischen Erkrankungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Originalien. Bd. 17, S. 80.

147. *Küppers*, *E.* (Freiburg i. Br.), Körperliche und katatonische Symptome bei Dementia praecox. Versammlung südwestdeutscher Neurologen und Irrenärzte. Mai 1913.

148. *Küppers*, *E.* (Freiburg i. Br.), Dasselbe. Sitzungsbericht. Arch. f. Psych. u. Nervenkrkh. Bd. 52, S. 823.

149. *Küppers*, *E.* (Freiburg i. Br.), Plethysmographische Untersuchungen an Dementia-praecox-Kranken. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Originalien. Bd. 16, S. 517. (S. 148*.)

150. *Kürbitz*, *Walther* (Sonnenstein), Der Geisteszustand der Kindesmörderinnen. Arch. f. Kriminalanthrop. u. Kriminalistik (Groß' Archiv) Bd. 52, S. 39.

151. *Kürbitz*, *Walther* (Sonnenstein), Über Zeichnungen Geisteskranker. Sitzungsbericht. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 33, S. 199.

152. *Kutzinski*, *Arnold* (Berlin), Differenzialdiagnose zwischen Katatonie und Hysterie. Sitzungsbericht. Neurol. Zentralbl. Jahrg. 32, S. 930.

153. *Kutzinski*, *Arnold* (Berlin), Ungewöhnlicher Verlauf eklamptischer Delirien. Sitzungsbericht. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 70, S. 313.

154. *Lagriffe*, *Lucien* (Auxerre), Les troubles du mouvement dans la démence précoce. Sitzungsbericht. Ann. méd.-psychol. Année 71 (II), p. 136.

155. *Lagriffe*, *Lucien* (Auxerre), Recherches de Physiologie pathologique sur les troubles du mouvement dans la démence précoce. Revue de Psych. Aout.

156. *Landecker*, *A.* (Charlottenburg), Kritik der *Bossi*schen Anschauungen über den Zusammenhang zwischen Frauenleiden und Nervenleiden. Ärztl. Rundschau, Jahrg. 23, S. 265, 280.

157. *Lang*, *Nikolaus*, Akuter Gelenkrheumatismus und Geistesstörung. Inaug.-Diss. Erlangen.

158. *Laßmann*, *Erich*, Kasuistischer Beitrag zum Querulantenwahnsinn. Inaug.-Diss. Kiel.

159. *Lerat*, *Georges* (La Roche-Gandom), Délire d'interprétation avec fabulation et affaiblissement intellectuelle probable. Ann. méd.-psychol. Année 71 (I), p. 656; 71 (II), p. 21.

160. *Leroy*, *R.* (Paris), Deux cas de démence paranoide, dont l'un survenu après la ménopause. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. 6, p. 200.

161. *Leroy*, *R.* (Paris), Récidive d'un accès maniaque au bout de 25 ans. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. 6, p. 156.

162. *Leroy*, *B.*, et *Boutet* (Paris), Folie intermittente et puerpéralité. L'Encéphale 7 (2), p. 72.



163. *Leroy, B.*, et *Genil-Perrin, G.* (Ville-Evrard), Ironie et imitation chez un Catatonique. Ann. méd.-psychol. Année 71 (I), p. 5.

164. *Leschke, Erich* (Berlin), Bemerkungen zu der Arbeit von *E. Küppers*. Plethysmographische Untersuchungen an Dementia-praecox-Kranken. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Originalien. Bd. 17, S. 629.

165. *Lévèque* (Toulouse), De la fugue chez les déséquilibrés et dans un cas de Démence primitive de Delasiauve, Démence précoce *Kraepelin*. Ann. méd.-psychol. Année 71 (I), p. 140.

166. *Lévy-Valensi, J.*, et *Genil-Perrin* (Paris), Interprétations délirantes, fabulation et affaiblissement intellectuel précoce. L'Encéphale 8 (1), p. 585.

167. *Lévy-Valensi, J.*, et *Genil-Perrin, G.* (Paris), Délire spirite. Sitzungsbericht. L'Encéphale 8, p. 89.

168. *Lévy-Valensi, J.*, et *Genil-Perrin, G.* (Paris), Un cas de délire d'interprétation à charactère pseudo-onirique. Sitzungsbericht. L'Encéphale 8, p. 582.

169. *Libert*, État passionnel et délire d'interprétation. Journ. de psychol. normale et pathol. Année 10, no. 5.

170. *Lienau, Arnold* (Hamburg), Unterbrechung der Schwangerschaft bei Psychosen in psychiatrischer, rechtlicher und sittlicher Beleuchtung. Sitzungsbericht. Arch. f. Psych. u. Nervenkrkh. Bd. 51, S. 1130.

171. *Lombardi, U.*, Frenosi maniaco-depressiva in emiplegico. Note e Riviste di Psichiatrie 6, p. 155.

172. *Lomer, Georg* (Strelitz), Ein Fall von zirkulärer Psychose, graphologisch gewürdigt. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Originalien. Bd. 20, S. 446.

173. *Luther, A.* (Lauenburg), Über die auf dem Boden der Idiotie und Imbezillität entstehenden Psychosen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Originalien. Bd. 16, S. 386. (S. 155*.)

174. *Maaß, Siegfried* (Dösen), Psychiatrische Erfahrungen mit dem *Abderhalden*schen Dialysierverfahren. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Originalien. Bd. 20, S. 561.

175. *Maier, Hans W.* (Zürich), Unfallgutachten über Fälle von Dementia praecox (Schizophrenie). Korrespondenzbl. f. schweizer Ärzte 1912, Nr. 8.



176. *Mandrila* (Wien), Wechselbeziehung zwischen Prostata und Hypophyse. Melancholie infolge von Prostatitis. Wien. med. Wschr. Bd. 45.

177. *Marie*, *A.* (Villejuif), Übersetzt von *Georg Lomer*, Der Mystizismus in seiner Beziehung zur Geistesstörung. Verlag von Ambr. Barth, Leipzig. 250 S.

178. *Marie*, *A.* (Villejuif), Sur les aliénations mentales d'origine syphilitique et parasyphilitique. Rapport au Congrès de Londres. Arch. de Neurol.

179. *Markowitsch*, *G.*, Die psychologische Analyse des Selbstmordes und Selbstmordversuchs bei verschiedenen Psychosen. Inaug.-Diss. Jena.

180. *Martini*, *G.*, Contributo allo studio della psicosi maniaco-depressiva. Riv. italiana di Neuropatol., Psichiatria et Elettroter. 6, p. 297.

181. *Masselon*, *René* (Prémontré), Psychose maniaque-dépressive et paranoia. L'Encéphale 2.

182. *Masselon*, *René* (Prémontré), Délire systématisé à base d'obsessions. Ann. méd.-psychol. Année 71 (I), p. 513.

183. *Masselon*, *René* (Prémontré), Le délire chronique à évolution systématique. Ann. méd.-psychol. Année 71 (II), p. 359.

184. *Mayer*, *Bartholomäus*, Über den Negativismus. Inaug.-Diss. Erlangen.

185. *Mayer*, *Barth.* (Gabersee), Über den Negativismus. Psych.-Neurol. Wschr., Jahrg. 15, S. 96.

186. *Mayer*, *Wilhelm* (Tübingen), Über Psychosen bei Störung der inneren Sekretion. 43. Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte, Karlsruhe 22. und 23. November 1913.

187. *Mayer*, *Wilhelm* (Tübingen), Die Bedeutung der *Abderhalden*schen Serodiagnostik für die Psychiatrie. Münch. med. Wschr., Jahrg. 60, S. 2044. (S. 156*.)

188. *Michel*, *Johann* (Ebersberg), Die körperlichen Störungen bei Dementia praecox. Inaug.-Diss. Erlangen.

189. *Michel*, *Johann* (Ebersberg), Dasselbe. Psych.-neurol. Wschr., Jahrg. 15, S. 343, 371, 384, 393, 401.

190. *Mignard*, *M.*, De l'obsession émotive au délire d'influence. Sitzungsbericht. Ann. méd.-psychol. Année 71 (I), p. 333.



191. *Mignard*, *M.*, et *Provost*, Confusion mentale et psychose discordante. Hébéphrénie. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. 6, p. 120.

192. *Modena*, *G.*, La sindromo demenza precoce in rapporto alla evoluzione della personalità psichica. Riv. sperim. di Freniatria 39, fasc. 2.

193. *Moretti*, *A.*, Sul valore terapeutico del nucleinato di sodio nella paralisi-progressiva e nella demenza precoce. Rassegna di studi psichiatrici III, p. 269.

194. *Nathan*, *Walter*, Die psychische Störung bei der *Huntington*schen Chorea. Inaug.-Diss. Bonn.

195. *Neue*, *H.* (Greifswald), Über die Anwendung des *Abderhalden*schen Dialysierverfahrens in der Psychiatrie. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. 34, S. 95.

196. *Neuendorf*, *Richard* (Bernburg), Zur Behandlung aufgeregter Geisteskranker. Sitzungsbericht. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. 33, S. 182.

197. *Nicolauer*, *Max* (Breslau), Zur Frage der Spätkatatonie. Breslauer psychiatrisch-neurologische Gesellschaft 2. Dezember 1912. Sitzungsbericht. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Referate. Bd. 6, S. 1080.

198. *Nitsche*, *Paul* (Dresden), Zur Kenntnis der zusammengesetzten Psychosen auf der Grundlage der psychopathischen Degeneration. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Originalien. 15, S. 176. (S. 156*.)

199. *Nóga-Nikolskaja*, *A.*, Dementia praecox paranoides. Neurol. Bote (russisch) 20, p. 748.

200. *Nolden*, *Karl*, Kasuistischer Beitrag zur Paranoia chronica. Inaug.-Diss. Kiel.

201. *Nouet*, Syndr. confusion et artér. cérébr. L'Encéphale no. 12.

202. *Oberholzer*, *Emil* (Schaffhausen), Erblichkeitsverhältnisse und Erbgang bei Dementia praecox. Vortrag auf der 48. Versammlung des Vereins Schweizerischer Irrenärzte in Pirminsberg, 12. Mai 1913.

203. *Oberholzer*, *Emil* (Schaffhausen), Erblichkeit und Erbgang bei Dementia praecox. Sitzungsbericht. Neurol. Zentralbl. 32, S. 1339.

204. *Obregia*, *M. C. Parhon* et *C. Urechia* (Bukarest), Recherches sur les glandes génitales, testicules et ovaires dans la démence précoce. L'Encéphale 8, p. 109.

205. *Orton*, *S. T.*, A study of the brain in a case of catatonic Hirntod. Amer. Journ. of Insanity Bd. 69, p. 669.

206. *Parted* et *M. Vigouroux* (Paris), Un cas de démence neuro-épithéliale. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. 6, p. 31.

207. *Palla*, *Anton* (Klosternenburg), Mutmaßliche Rolle der Nebennieren in der Pathogenese der symptomatischen Psychosen. Wien. klin. Rundsch. Nr. 10 u. 11. (S. 156*.)

208. *Parhon*, *G.* (Jassy), *Eug. Matéesco* et *A. Tupa* (Bucarest), Essais sur l'action du sérum des maniaques dans la mélancolie et du sérum des mélancoliques dans la manie. Revue neurologique no. 7. (S. 145*.)

209. *Paris*, *A.* (Nancy), Manie aiguë d'un époux occasionnant un accès de manie chez l'autre. Revue médical de l'Est. (S. 145*.)

210. *Parker*, *W. R.* (Wakefield), Post cataract extraction delirium. Journ. of the Amer. med. Assoc. 61, no. 13.

211. *Passow*, *C. A.* (Kropp), Zur Kasuistik der Psychosen während der Schwangerschaft. Berl. klin. Wschr. 250, S. 1662.

212. *Passow*, *Adolf* (Eichenhain), Dasselbe. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 51, S. 1130.

213. *Penon*, *K.* (Utrecht), Alte Anstaltsinsassen. Beitrag zur Kenntnis chronischer Psychosen. Inaug.-Diss. Utrecht.

214. *Pfeiffer*, *Hermann*, und *M. de Crinis* (Graz), Das Verhalten der antiproteolytischen Serumwirkung bei gewissen Psychoneurosen, nebst Bemerkungen über die Pathogenese dieser Erkrankungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Originalien. Bd. 18, S. 428.

215. *Piazza*, *A.*, Psicosi maniaco-depressiva, morbo di Basedow et atassia tipo Marie, malattia di Friedreich. Riv. ital. di Neuropatol., Psichiatria ed Elettroterapia 6, p. 97.

216. *Pini*, *O.* (Firenze), Ricerche sul potere ossidativo nei dementi precoci. Il Manicomio Anno 28, no. 1—2.

217. *Pönitz*, *Karl* (Leipzig), Beitrag zur Kenntnis der Frühkatatonie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Originalien. 20, S. 343.

218. *Poggemann*, *August*, Beitrag zur Lehre von der Amentia cum stupore. Inaug.-Diss. Kiel.

219. *Porteous*, *C. A.*, A brief report of two interesting cases of melancholia. Americ. journ. of insan. 69, p. 755.

220. *Puillet*, *Charles-Pierre*, et *Morel*, La paranoia d'involution. Sitzungsbericht. Ann. méd.-psychol. Année 71 (II), p. 173.

221. *Raecke*, *Julius* (Frankfurt a. M.), Eifersuchtswahn bei Frauen. Friedreichs Bl. f. gerichtl. Med. 64, H. 6.

222. *Raimann*, *Emil* (Wien), Über Haftpsychosen. Sitzungsbericht. Neurol. Zentralbl. Jahrg. 32, S. 1343.

223. *Ratner*, *Salomon* (Wiesbaden), Psychosen, Neurosen und Neuritiden. Ein neurologisch-psychiatrisches Zukunftsstudium nebst Nutzanwendung. Psych.-neurol. Wschr., Jahrg. 14, S. 574.

224. *Reid*, *Eva Charlotte* (Washington), Liter. genius and manic-depressive insanity. Medical Record 8. February.

225. *Reiter* (Bozen), Ein Fall von akuter Geistesstörung unter dem Eindrucke der Schwurgerichtsverhandlung. Arch. f. Kriminalanthrop. u. Kriminalistik (Groß' Archiv) Bd. 52, S. 332.

226. *Repond*, *André* (Zürich-Burghölzli), Störungen der musikalischen Reproduktion bei Schizophrenie. Inaug.-Diss. Zürich.

227. *Repond*, *André*, Dasselbe. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 70, S. 261.

228. *Rezza*, *A.*, Alterazioni delle cellule gangliari del bulbo in un caso di demenza precoce con morte improvisa. Riv. di Patol. nerv. e mentale 18, p. 426.

229. *Ricci*, *P.*, Su di un caso di dementia praecocissima. Note e Rivista di Psichiatria 6, p. 135.

230. *Ritti*, *Ant.* (Paris), Traitement de la mélancolie. Paris, Vigot frères. 30 p.

231. *Ritti*, *Ant.* (Charenton), Mélancolie. Thérapeutique pratique. 1913.

232. *Riva*, *Emilio* (Perugia), Nosografia della Paranoia. La Paranoia nell' evoluzione della Psichiatria. Relazione presentata al XIV congresso della Società Freniatrica Italiana. Perugia, 3—7 Maggio 1911. (S. 152*.)

233. *Rodiet*, *C.*, et *Dalmus* (Dun-sur-Auron), Opération de la cataract suivie d'auto-mutilation chez une aliénée. Progrès medical. no. 45.

234. *Romagna-Manoja* (Rom), Über cephalalgische und hemikranische Psychosen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 33, S. 294. (S. 157*.)

235. *Rorschach, H.*, Psychoanalytische Bemerkungen über das Gemälde eines Schizophrenen. Zentralbl. f. Psychoanal. u. Psychother. 3, S. 270.

236. *Rosenfeld, M.* (Straßburg), Über die Beziehungen des manisch-depressiven Irreseins zu körperlichen Erkrankungen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 70, S. 185.

237. *Roubinowitsch, P.* (Paris), Erinnerungstäuschungen (Illusion des Gesehenen) im Beginn einer Paranoia. Sitzungsbericht. Neurol. Zentralbl., Jahrg. 32, S. 336.

238. *Rougé, C.* (Limoux), Un cas de folie simulée à forme stupide. Ann. méd.-psychol. Année 71 (I), p. 672.

239. *Rousset, A.*, et *Bouvat, M.*, Un cas de démence précoce à forme catatonique. Quelques recherches sur la psychoréaction du sang chez les déments précoces. Arch. d'Anthropol. crimin. tome 28, p. 39.

240. *Runge, Alfred* (Kiel), Pupillenuntersuchungen bei Geisteskranken und Gesunden. Arch. f. Psych. u. Nervenkrkh. Bd. 51, S. 568.

241. *Runge, Alfred* (Kiel), Dasselbe. Sitzungsbericht. Med. Presse, Jahrg. 9, S. 887.

242. *Rybakow*, La cyclophrénie. Moskau. 182 S.

243. *Savoureux, Henry Le* (Paris), Quelques mots d'historique sur la démence précoce. Rev. de Psych. et de Psychol. expérimentale.

244. *Savoureux, Henry Le* (Paris), Le Spleen. Contribution à l'étude des perversions de l'instinct de conservation. Paris, G. Steinheil. 241 p. (S. 157*.)

245. *Schaikewitsch, M. O.*, Zur Lehre der sogenannten Paranoiapsychosen. Korsakowsches Journ. f. Neuropath. u. Psych., H. 3—4 (russisch). (S. 152*.)

246. *Scheer, W. M. van der* (Meerenberg), Osteomalazie und Psychose. Arch. f. Psych. u. Nervenkrkh. Bd. 50, S. 845. Bd. 51, S. 79. (S. 158*.)

247. *Schilder, Paul* (Leipzig), Über das Selbstbewußtsein und seine Störungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Originalien. Bd. 20, S. 511.



248. *Schnitzler, J.*, Selbstverletzung bei depressiver Psychose. Wien. klin. Wschr. 26, S. 727.

249. *Schnizer* (Metz), Die Paranoiafrage. Referat über die Paranoialiteratur der letzten 20 Jahre. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Referate. Bd. 8, S. 313, 417.

250. *Schoenhals* (Jena), Über einige Fälle von induziertem Irresein. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 33, S. 40.

251. *Schultes, A.* (Illenau), Über Zwillingspsychosen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 70, S. 348.

252. *Seelert, Hans* (Berlin), Ein paranoisches Zustandsbild auf manisch-depressiver Grundlage. Sitzungsbericht. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 70, S. 317.

253. *Seelert, Hans* (Berlin), Abgeheiltes paranoides Zustandsbild auf manisch-depressiver Grundlage. Berliner Gesellschaft f. Psych. u. Nervenkrkh. 14. Juli 1913.

254. *Séglas, J.*, et *L. Barat* (Paris), Un cas de délire d'influence. Ann. méd.-psychol. Année 71 (II), p. 183.

255. *Sérieux, Paul*, et *Lucien Libert* (Paris), Les psychoses interprétatives aiguës symptomatiques. Paris. 32 p.

256. *Sérieux, Paul*, et *Lucien Libert* (Paris), Les psychoses interprétatives aiguës symptomatiques. Sitzungsbericht. Neurol. Zentralbl. 32, S. 1401.

257. *Sioli, Franz* (Bonn), Beitrag zur Histologie der Dementia praecox. Sitzungsbericht. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 70, S. 179.

258. *Sioli, Franz* (Bonn), Beitrag zur Histologie der Dementia praecox. Vortrag, gehalten auf der 89. Versammlung des Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 23. November 1912. Sitzungsbericht. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Referat. Bd. 6, S. 1080.

259. *Smith, Ph.*, Psychoses occuring in twins. New York med. journal 96, p. 1268.

260. *Soukhanoff, Serge* (Petersburg), Démence précoce et alcoolisme. Ann. méd.-psychol. Année 71 (I), p. 277. (S. 149*.)

261. *Stern, Ludwig* (Freiburg i. Br.), Kulturkreis und Form der geistigen Erkrankung. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten (*A. Hoche*). Halle a. S., Karl Marhold. 62 S. (S. 158*.)



262. *Sternberg*, *Maxim.*, Symmetromanie. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. 47 u. 48.

263. *Stertz*, *Georg* (Breslau), Katatonische Pupillenstarre. Sitzungsbericht. Berl. klin. Wschr., Jahrg. 50, S. 702.

264. *Storch*, *Alfred* (Heidelberg), Aussageversuche als Beitrag zur Psychologie manischer und depressiver Zustände. Ztschr. f. Pathopsychol. Bd. 2, S. 382.

265. *Storz*, *Richard*, Über Besserungs- und Heilungsaussichten bei Dementia praecox nach den Erfahrungen in der 2. oberfränkischen Heil- und Pflegeanstalt Kutzenberg. Inaug.-Diss. Erlangen.

266. *Sträußler*, *Ernst* (Prag), Über Haftpsychosen und deren Beziehung zur Art des Beobachtungsmaterials. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Originalien. Bd. 18, S. 547.

267. *Stransky*, *Erwin* (Wien), Die Amentia und ihre Beziehungen zur Dementia praecox und zum manisch-depressiven Irresein. Sitzungsbericht. Neurol. Zentralbl. 32, S. 1529.

268. *Stransky*, *Erwin* (Wien), Über Schizophrenie (Dementia praecox). Klinischer Vortrag. Med. Klinik 7 u. 8, S. 241.

269. *Szabó*, *Josef* (Kolozsvár), Über Fermentwirkungen des Liquor cerebrospinalis bei verschiedenen Geisteskrankheiten. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Originalien. Bd. 17, S. 145.

270. *Szedlůk*, *Edmund*, Über Heilungen der Dementia praecox. Orvosi Hetilap 57, p. 538.

271. *Terrien*, *Emile*, Les interprétations délirantes au cours de la démence précoce. Thèse. Paris.

272. *Tintemann*, *Wilhelm* (Göttingen), Über Selbstverstümmlungen und ihre Beziehungen zu den abnormen Zuständen des Geisteslebens. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. Bd. 45, I. Suppl.-Bd., S. 277.

273. *Torren*, *J. van der* (Hilversum), Mischung endogener und exogener Symptome im Krankheitsbilde. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Originalien. Bd. 14, S. 264.

274. *Treadway*, *Walter Lewis* (Jacksonville), The presenile psychoses. Journ. of nervous and mental Disease 20, p. 375.

275. *Treiber*, *Georg* (Landsberg a. W.), Frühsymptome der Dementia praecox. Psych.-Neurol. Wschr., Jahrg. 15, S. 111 u. 125.

276. *Treiber, Georg* (Landsberg a. W.), Heilversuche mit Tuberkulininjektionen bei Dementia praecox. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 70, S. 734.

277. *Trénel* et *Capgras*, Maladie de Basedow. Dépression mélancolique avec état scelettique guéri au bout de quatre ans. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. 6, p. 342.

278. *Trénel, M.*, et *Raynier* (Neuilly sur Marne), États mentaux imaginatifs. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. 6, p. 303.

279. *Trépsat*, Dessins d'un dément précoce. L'Encéphale no. 12.

280. *Truelle, V.*, et *J. Eissen* (Ville-Evrard), Pseudo-délire par autosuggestion chez un obsédé. Sitzungsbericht. Ann. méd.-psychol. Année 71 (I), p. 591.

281. *Tuczek, Franz* (Marburg), Differentialdiagnose jugendlicher Verblödungsprozesse. Sitzungsbericht. Med. Presse, Jahrg. 9, S. 433.

282. *Tursac, Rogues*, et *Royer Dupong* (Nueilly sur Marne), Un cas de phobie à systématisation délirante. Sitzungsbericht. Ann. méd.-psychol. Année 71 (I), p. 471.

283. *Urstein, M.* (Warschau), Die Bedeutung des *Abderhalden*schen Dialysierverfahrens für die Psychiatrie und das korrelative Verhältnis der Geschlechtsdrüsen zu anderen Organen mit innerer Sekretion. Wien. klin. Wschr. 26, S. 1325.

284. *Urstein, M.* (Warschau), Spätpsychosen katatoner Art. Eine klinische Studie. Berlin u. Wien, Urban und Schwarzenberg. 440 S. (S. 149*.)

285. *Urstein, M.* (Warschau), Ursachen und Wesen der Katatonie. Medyeynai Kronika lekarska no. 15.

286. *Vigouroux, A.*, et *Hérisson-Laparre* (Vaucluse), Folie intermittente et brightisme. Sitzungsbericht. Ann. méd.-psychol. Année 71 (I), p. 723.

287. *Vigouroux, A.*, et *P. Pruvost* (Vaucluse), Démence précoce et alcoolisme chronique. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. 6, p. 351.

288. *Vorkastner, W.* (Greifswald), Über chronische Halluzinose mit erhaltener Krankheitseinsicht. Sitzungsbericht. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 70, S. 636.

289. *Voß*, *Georg* (Düsseldorf), Über den Begriff der Reflexpsychose. Sitzungsbericht. Neurol. Zentralbl., Jahrg. 32, S. 334.

290. *Vossenberg*, *Heinrich*, Beitrag zur Lehre der Paranoia chronica persecutoria und ihre forensische Bedeutung. Inaug.-Diss. Kiel.

291. *Weber*, *L. W.* (Chemnitz), Zur Ätiologie der akuten Psychosen. Deutsche med. Wschr., Jahrg. 39, S. 1346.

292. *Weber*, *L. W.* (Chemnitz), Anatomische Befunde bei akuten Psychosen. Sitzungsbericht. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 70, S. 814.

293. *Weiler*, *K.* (München), Triebhandlungen bei Dementia praecox. Friedreichs Bl. f. gerichtl. Med. 64, H. 5 u. 6.

294. *Willige*, *Hans*, Über akute paranoische Erkrankungen. Inaug.-Diss. Halle a. S.

295. *Wollenberg*, *Franz* (Straßburg i. E.), Graviditätspsychose. Deutsche med. Wschr., Jahrg. 39, S. 487.

296. *Worotynski*, *B.*, Zur Lehre der sogenannten Dementia praecox (Dementia primaria degenerativa). Russki Wratsch 14, S. 148. (S. 150*.)

297. *Zeiß*, *E.*, Beitrag zu den Puerperalpsychosen. Inaug.-Diss. Göttingen.

298. *Zetlin*, *S.*, Fall von Residualwahn. Korsakoffsches Journ. f. Neuropath. u. Psych. (russisch) 13, S. 58.

299. *Ziveri*, *A.* (Brescia), Psicosi paranoidi. Riv. di Patol. nerv. fasc. 8.

300. *Zuccari*, *G.*, Su di un caso psicosi maniaco-depressiva in acondroplastico. Riv. italiana di Neuropat., Psichiatria ed Elettroterapia 6, p. 289.

a) Manisch-depressives Irresein.

Bonhoeffer (29) bringt die Analyse eines Krankheitsfalles. Es handelt sich um echte Zwangsvorstellungen, um Zwangsdenken. Dabei bestehen ausgesprochen depressive und manische Züge. Die betreffende Kranke hatte dieselbe Krankheit bereits zweimal durchgemacht; mit anderen Worten, es handelt sich hier demnach um ein ausgesprochen periodisches Auftreten von Zwangsvorstellungen. Die Beziehungen zum Manisch-depressiven sind also recht intim. Dafür spricht auch das Vorkommen beider Krankheiten bei Mitgliedern derselben Familie.



Gattis (94) Fall von *Recklinghausen*scher Krankheit zeigt ausgesprochene Depressionszustände bis zu Selbstmordneigung.

Parhon, *Matéesco* und *Tupa* (208) haben einem seit 6 Jahren melancholischen Mann mehreremal Serum von manischen Kranken injiziert mit dem Erfolg, daß er nach 2 Monaten wesentlich gebessert entlassen werden konnte. Die Versuche mit Serum von Melancholikern bei manischen Kranken hatte dagegen nur wenig Erfolg.

Paris' Mitteilung (209) ist dadurch interessant, daß Eheleute zu derselben Zeit psychisch erkranken. Nach einem großen Vermögensverlust und nach einem kurzen Prodromalstadium erkrankte die Frau an akuter Manie, der Ehemann einige Tage später. Beide mußten zugleich in die Anstalt gebracht werden, welche sie nach 4 Wochen zugleich wieder verlassen konnten. Während die Frau aus gesunder Familie stammte, war der Mann erblich belastet. Beide Ehegatten waren bisher geistig gesund gewesen. Zur Zeit der Erkrankung waren sie 31 resp. 38 Jahre alt.

b) Dementia praecox.

Benedek und *Deák* (18) haben 45 Kaninchen mit dem Blute von 150 verschiedenen Individuen behandelt, mit normalem menschlichen Blutserum, mit Blutserum von Paralytikern und mit dem Serum von Dementia-praecox-Kranken. Sie kamen zu folgenden Resultaten:

1. Die Kaninchenimpfungen mit Paralytikerserum führten ständig zu 200 bis 500 g Gewichtsverlust.
2. Bei Dementia praecox zeigte sich in 2 von 7 Fällen danach schwere Nephritis, bei Paralyse in keinem einzigen Falle.
3. Keratitis, Pneumonie zeigte sich in keinem einzigen Fall.
4. Die hämolytische Wirkung der Blutsera der gegen die Sera immunisierten Kaninchen wird durch Immunhämolysine verursacht.
5. Die als Antigene dienenden Stromarezeptoren sind in dem paralytischen Blutserum in sehr geringer Menge oder molekulär verändert vorhanden, während das Blutserum der Praecox-Kranken an Hämolysinantigenen reich sind.
6. Die Wirkung der Agglutinine, Präzipitine, Eiweiß-Antikörper, Lipoide, Antiisolysine kann bei der Differenz in der Stärke der Hämolyse mit vollem Recht ausgeschlossen werden.
7. Die kolloide Kieselsäure ist imstande, die Wirkung der Immunhämolysine in vitro bis zu einem gewissen Grade zu vertreten.
8. Sublimat (als Blutgift) gegenüber zeigen die roten Blutkörperchen der mit Paralytikerblutserum geimpften Kaninchen eine verringerte, diejenigen der mit Serum von Dementia-praecox-Kranken geimpften eine gesteigerte Resistenz.
9. Lezithin und Quecksilberchloridinjektionen beeinflussen die hämolytische Wirkung der Immunhämolysine in keiner Weise.

Cazzamalli (45) hat nach *Masing* und *Sahli* mit Kombination von *Riva-Rostischau*-Apparat und Sphygmographen bei Dementia praecox untersucht. Er schließt: Der systolische Blutdruck bei Dementia praecox ist in der Regel unter der Norm oder in physiologischen Grenzen, nur ausnahmsweise etwas höher, dann handelt es sich um einen vorgeschrittenen Zustand; es finden sich oft Unterschiede



im Blutdruck beider Arme (5—18 mm Hg.), meist zugunsten des rechten; es herrscht eine Erhöhung der Pulszahl vor, Rhythmus und Gleichheit des Pulses ist normal, gelegentlich eine gewisse Trägheit; die Größe liegt unter der Norm, besonders bei Katatonie; das Sphygmogramm hat besonders bei Katatonie fast stets eine charakteristische runde und plateauförmige Spitzengestalt; der Puls ist katakrot, die dikrote Welle ist vorhanden und in Sitz und Umfang annähernd normal, in der Form ist sie flach, die vordikrote Elastizitätselevation ist bei den meisten Fällen verschwunden, wenn vorhanden, ist sie mit dem Gipfel verschmolzen; die postdikrote Elastizitätselevation ist meist abwesend oder kaum sichtbar. Die genannten Eigenschaften des Pulses und der aktuelle Unterdruck machen sich gesondert bei der katatonen Form der Dementia praecox bemerkbar: bei katatonen Zuständen zeigen sich verschiedene Störungen der peripheren Zirkulation, vielleicht auf einen spastischen Zustand der glatten Gefäßmuskulatur zurückzuführen.

(*Sioli*-Bonn.)

Donath berichtet (69) über 14 Fälle von Dementia praecox, die er in den letzten 6 Jahren wie *Lundvall* mit Natr. nucleinicum behandelt hat. Sie erhielten pro Person 5,2—29,0 g in 5—11 Injektionen. *D.* erzielte damit in 57 % Heilungen resp. Besserungen (*Lundvall* 72 %), also wesentlich mehr als die Statistiken von *Kraepelin*, *E. Meyer*, *H. Mayer* und *Stearns* aufweisen. *Donath* schließt daraus, daß die Nuclein-Behandlung bei Dementia praecox einen weit höheren Prozentsatz von Heilungen und Besserungen aufweist als die Spontanheilungen. Ein zuwartendes untätiges Verhalten sei auch bei dieser psychischen Erkrankung nicht mehr gerechtfertigt.

Der Kranke von *Enge* (81), ein 57 jähriger Katatoniker, befand sich seit 10 Jahren in Anstaltspflege; seit Jahren unnahbar. Er liebte es, stundenlang sich mit großer Schnelligkeit in kreisförmigen Linien zu bewegen. Nach einer solchen Übung wird er eines Tages tot im Bett gefunden. Es fand sich an der Vorderwand des Herzens nahe der Herzspitze eine in dem linken Ventrikel führende 3 cm lange Rißstelle mit unregelmäßigen Rändern. Ursache cor adiposum.

Auf *Gregor*s und *Gorn*s (99) Untersuchungen, soweit sie eine Vertiefung unserer Kenntnisse über die Bedingungen des psychogalvanischen Phänomens ergeben und soweit sie sich mit den anderen Psychosen befassen, sei hier nur kurz hingewiesen. Für die funktionellen Psychosen ergibt sich Folgendes: der psychischen Hemmung bei der Katatonie geht eine Verminderung des psychogalvanischen Phänomens parallel, welche mit dem motorischen Verhalten in indirektem Zusammenhang steht. Mit Lösung des katatonen Stupors erfolgt bei benignem Krankheitsverlauf eine Änderung der Ruhekurve und eine Zunahme der Reaktionen. Progrediente, schwere Fälle von Katatonie zeigen Mangel psychogalvanischer Reaktionen. Bei terminalen Fällen war, soweit gemütliche Verödung bestand, konstantes Fehlen der Reaktionen zu beobachten. Bei transitorischen (psychogenen) Stuporzuständen im Verlaufe der Katatonie waren normale Reaktionen auszulösen.

In einem leichten Falle von Hebephrenie war eine Zunahme der Reaktionsfähigkeit mit fortschreitender Besserung zu verfolgen. Terminale Fälle mit gemütlichen Defekten zeigten Mangel psychogalvanischer Reaktionen. Akute Fälle boten dem wechselnden Bewußtseinszustande entsprechend in verschiedenen Zeiten

verschiedene Reaktionen, wobei das Überwiegen der Schmerzreaktion hervortrat. Im Zustande hebephrener Erregung von hypomanischem Charakter war ein Fehlen der Reaktion auffällig.

Beim manisch-depressiven Irresein wurden auf der Höhe der depressiven Phase im affektlosen Stupor lineare, horizontale Ruhekurven und mangelnde oder stark reduzierte Reaktionen festgestellt. Mit Besserung des Zustandsbildes erfolgte in beiden Richtungen eine Rückkehr zur Norm. Diese Änderung ging zuweilen der klinisch-merklichen Besserung voran. Klinisch leichtere Fälle unterschieden sich auch in der Reaktionsweise von schwereren. In allen Fällen von Hypomanie fanden sich deutliche Reaktionen.

Psychasthenische Individuen zeigten auf der Höhe psychischer Erschöpfung eine starke Herabsetzung der Reaktionsfähigkeit, mit Beginn der Erholung normale Reaktionen.

Die Untersuchungen von *Gregor* und *Gorn* sprechen für den großen Wert der Aufnahme des psychogalvanischen Phänomens in bezug auf Diagnose, namentlich Differentialdiagnose und Prognose bestimmter Psychosen. Diese Untersuchungsmethode ist auch allen Anschein nach von Wert beim Verdacht auf Simulation.

Halberstadt macht (105) seine Landsleute mit den paranoiden Verblödungen (Paraphrenien) bekannt, wie sie *Kraepelin* in der neuesten Auflage seiner Psychiatrie (1913) unter Ausschluß der alkoholischen und syphilitischen Formen bearbeitet hat. Im ganzen scheint *H.* mit *Kraepelin* übereinzustimmen, auch mit dessen Einteilung in Paraphrenia systematica, — des Délire chronique à évolution systématique Magnans, — in die expansive, konfabulierende und phantastische Form der Paraphrenie. Doch will sich *Halberstadt* noch nicht festlegen bis weiteres Material gesammelt ist.

Weiterhin empfiehlt *Halberstadt* (107) seinen Landsleuten, die Lektüre der Arbeit von *Urstein*, Das Manisch-depressive und periodische Irresein als Erscheinungsform der Katatonie, bedauert dabei aber, daß *Urstein* die dahingehörige Literatur nicht erwähnt, vermißt namentlich die französischen Autoren, *Magnan*, *Ballet* usw., die doch den Anstoß zur Aufstellung des manisch-depressiven Irreseins gegeben hätten. Im übrigen kommt *H.* zu anderen Schlüssen als *Urstein.* Es ist zuzugeben, daß eine ganze Reihe von Fällen, die sich später als Dementia praecox entwickeln, anfangs durch ihren mehr periodischen Verlauf als manisch-depressives Irresein imponieren; diese sind aber trotzdem nach *H.* zur Dementia praecox zu rechnen. Für Mischformen kann sich *H.* nicht begeistern, er ist für eine reinliche Scheidung zwischen Dementia praecox und manisch-depressivem Irresein.

Haßmann und *Zingerle* (109) betonen zunächst, daß oft bei den Dementia-praecox-Kranken die Neigung der Kinder, Vorstellungen durch Zeichnungen zur Darstellung zu bringen, von neuem auftaucht. Eine krankhafte Lebhaftigkeit optischer Vorstellungen scheint dabei eine Rolle zu spielen.

Verf. bringen hier eine eingehende Analyse von Zeichnungen zweier Dementia-praecox-Kranken der gebildeten Stände und anderen schriftlichen Erläuterungen. Der Drang dieser Kranken zum Zeichnen ist analog dem Rededrang. Inhaltlich bieten die Zeichnungen teilweise ein Bild dessen, was man auf sprachlichem Gebiete



als Wortsalat bezeichnet. Im Gegensatz zu den Zeichnungen von Verwirrten, sind hier die Darstellungen genau ausgearbeitet, eine Flüchtigkeit der Vorstellungen, ein rasches Schwinden derselben, wie bei Ideenflucht, ist nicht vorhanden. Es fehlt aber die Verarbeitung zu einer sinnvollen Zusammenfassung im Sinne eines normalen Gedankenganges, — es besteht eine Form des bildlichen Agrammatismus, Depeschenstil (*Kleist*). Die den Bildern zugegebenen Worte der Kranken beweisen, daß eine Dissoziation des optischen Teils des Vorstellungslebens vom sprachlichen sicher nicht besteht, andererseits läßt sie eine Tendenz zum Haftenbleiben (Perseverationstendenz) nicht verkennen. Die Wortassoziationen sind teilweise manieriert. Die bildlichen Äußerungen einer wüsten Sexualphantasie verraten einen bereits weitgehenden Defekt des ethischen Empfindens bei diesen Kranken. Weiterhin finden sich Wortstereotypien, perseveratorische Wiederholungen, Perseveration der Ausdrucksform usw. usw., auch eine gewisse Form von Paragrammatismus. Weiterhin erkennt man eine gewisse Perseverationstendenz und Neigung zu Klangassoziation, was Verf. für charakteristisch für Schizophrenie halten.

Die Zeichnungen der Geisteskranken bilden, — worauf *Mohr* bereits früher hinwies, — das Ausdrucksmittel der gestörten Geistestätigkeit; sie ermöglichen einen direkten Einblick in das seelische Leben, eröffnen ein tieferes Verständnis mancher der charakteristischen Symptome und stellen dadurch ein richtiges Hilfsmittel der Diagnose und Differentialdiagnose dar.

Küppers (149) hat die Versuche von *Bumke* und *Kehrer* (Archiv Bd. 47) wieder aufgenommen und bestätigt im wesentlichen die Resultate derselben. Aus früheren plethysmographischen Untersuchungen ergibt sich, daß alle Eindrücke, gleichgültig welcher Qualität, eine Volumveränderung der äußeren Körperteile herbeiführen; das gilt auch für die lustbetonten Eindrücke, — eine Tatsache, die uns von der feineren Selbstbeobachtung der Versuchspersonen unabhängig macht. Darin liegt auch der Vorteil, den für die vorliegenden Zwecke die Plethysmographie vor der Sphygmographie hat. — Von großer Bedeutung ist die Beobachtung von *Lehmann* über den Einfluß des sogenannten Spannungszustandes, der sich nach ihm körperlich kennzeichnet durch geringeres Armvolum und geringere Pulshöhe bei unveränderter Pulsfrequenz. *K.* hat seine Versuche an 18 männlichen Kranken der Freiburger Klinik angestellt, davon litten 14 an Dementia praecox. Benutzt wurden der Pneumograph nach *Best* und die Armplethysmographen von *Mosso* und *Lehmann.*

Bei den Kurven der geistig Gesunden zeigte die Ruhephase fast stets Atemschwankungen und *Mayer*sche Wellen. Beide Erscheinungen wurden in der Phase der Reizwirkung mehr oder weniger abgeschwächt, die *Mayer*schen Wellen meist ganz unterdrückt. Fast alle Eindrücke, die die Aufmerksamkeit fesselten, waren von Volumabnahme begleitet. Die Regelmäßigkeit, mit der Volumsenkungen auf die benutzten Reize erfolgten, wurden fast ausschließlich durch das Vorkommen des Spannungszustandes beeinflußt.

In einem erheblichen Prozentsatz der Dementia-praecox-Kranken, die von *K.* untersucht wurden, konnte aber keine Reaktion auf Reize nachgewiesen werden, das Volum änderte sich nicht, ein Symptom, das *K.* als reaktive Volumstarre be-



zeichnen möchte. Diese äußert sich in der Volumkurve des Arms in charakteristischer Weise. Die wesentliche zentralnervöse Vorbedingung der Erscheinung scheint eine dauernde Hemmung des Vasomotorenzentrums zu sein. Der zugrundeliegende krankhafte zentrale Prozeß zeigt in seinen körperlichen Äußerungen weitgehende Übereinstimmung mit einem Zustand des normalen Seelenlebens, nämlich mit der gespannten Erwartung. — Der wesentliche Unterschied liegt darin, daß es sich beim physiologischen Spannungszustand um eine vorübergehende, durch die Versuchsumstände hervorgerufene und durch geeignete Maßnahmen wieder aufhebbare Bewußtseinslage handelt, während der reaktiven Volumstarre ein krankhafter psychophysiologischer Zustand zugrunde liegt, der sich zwar mit dem Krankheitsverlauf ändert, aber sich nicht durch Reize oder veränderte psychologische Bedingungen beeinflussen läßt.

Soukhanoff macht (260) darauf aufmerksam, daß eine ganze Reihe von Krankheitsfällen, die jetzt noch als Paranoia alcoholica oder als alkoholische Demenz rangieren, zur Dementia praecox gehören. Mitunter ist das Delirium tremens nichts anderes als ein plötzlicher Beginn oder eine plötzliche Verschlimmerung eines Falles von Dementia praecox, verursacht oder ausgelöst durch Alkoholmißbrauch. Es hat auch keinen Zweck, in solchen Fällen von einer kombinierten Psychose zu sprechen. Eine Differentialdiagnose ist in manchen solcher Fälle im Anfange sehr schwer oder sogar unmöglich. *Soukhanoff* glaubt, ein großes Gewicht auf die bei Potatoren meist vorhandene gute Laune legen zu müssen. Fehlt diese, so ist an Dementia praecox zu denken. Ebenso übrigens, wenn die Kranken beim Nachlassen des scheinbaren Delirium tremens von einer Komödie sprechen, die mit ihm gespielt worden wäre. Bestehen hebephrene oder katatone Erscheinungen, so ist die Diagnose zugunsten der Dementia praecox nicht schwer.

Urstein (284) setzt seine Studien über Dementia praecox fort (Dementia praecox und ihre Stellung zum manisch-depressiven Irresein 1909. Manisch-depressives Irresein als Erscheinung der Katatonie 1912). Er beschäftigt sich hier nur mit solchen Fällen, die nachweislich früher geistig ganz gesund waren, und bei denen die Krankheit bestimmt erst nach dem 40. Lebensjahre aufgetreten ist. Die 40, zum großen Teil aus den *Laehr*schen Anstalten stammenden Krankengeschichten nehmen ungefähr 400 Seiten des Buches ein. Von den betreffenden Kranken waren 23 bei Beginn der Psychsoe 40—50 Jahre alt, 50—60 Jahre 13, über 60 Jahre 4, darunter einer mit 70 Jahren. Zweimal handelt es sich um Mutter und Tochter, von denen das eine Paar 51 und 55, das andere 52 und 47 Jahr alt war bei Beginn der Erkrankung.

Urstein will jetzt den Beweis bringen, daß die Späterkrankungen katatoner Art hinsichtlich der klinischen Bilder, Verlaufsform und Prognose in nichts von dem abweichen, was wir bei analogen, in der Pubertät sich entwickelnden, Prozessen festzustellen vermögen. Die Katatonien nach dem 40. Lebensjahr zeigen sämtliche Symptome, die man in früheren Lebensjahren findet. Die auf Störung der Gemeinempfindung zurückzuführenden Gefühlstäuschungen, Sensationen, Parästhesien findet man bei den Spätformen der Katatonien viel häufiger. Sie bedingen nicht selten ganz unsinnige hypochondrische Vorstellungen oder monströse Ideenver-



bindungen physikalischer, dämonischer und sympathischer Art. Eine Art von Wahnideen aber, die *U.* als somatisch-nihilistische bezeichnet, kommt nur bei Spätkatatonie vor, jedenfalls erst in den Rückbildungs- bzw. Greisenjahren. *U.* rechnet dahin z. B. die Idee, keinen Kopf, keinen Hals, Magen usw. mehr zu haben, keinen Stuhl, auch die Idee, es gäbe keine Städte, Häuser, überhaupt keine Welt mehr u. dgl. Ausgesprochene Verwirrungsideen, die gleichsam einen Nihilismus zur Voraussetzung haben, kommen nach *U.* nur im späteren Alter vor.

Häufig sind bei Spätkatatonien Zwangsvorstellungen, -befürchtungen und -handlungen. Negative megalomanische Vorstellungen kennzeichnen das Alter, z. B. die Befürchtung, 1000 Jahre alt zu werden, oder nie zu sterben. Die paranoiden und präsenilen Wahnideen sind im allgemeinen flüchtig, werden selten verarbeitet. Katatone Anfälle sind selten. Vielfach sah *U.* Augenstörungen, Magen- und Darmstörungen sind häufig, namentlich Obstipation.

Das Wesen der Spätkatatonien ist in autotoxischen Prozessen zu suchen und wird durch die pathologische Anatomie schwerlich geklärt werden; Veränderungen, welche man anatomisch findet, können Umwandlungs- und Zerfallsprozesse darstellen, verursacht durch das im Zerebrum zirkulierende Gift.

Heredität lag in 58 % der Fälle vor. Bei dem Material von *U.* waren die Frauen etwa viermal so häufig als die Männer beteiligt. Die Spätkatatonie entwickelt sich mehr schleichend. — 19 % der Fälle genesen von der ersten Attacke, während nur 7 % zwei oder mehrere Anfälle schadlos überstanden. Ob es Dauerheilung gibt, muß in Anbetracht des oft hohen Lebensalters unentschieden bleiben. Die mit präsenilen Erscheinungen einsetzenden Fälle haben eine absolut schlechte Prognose. Den präsenilen Verfolgungswahn rechnet *U.* zur Katatonie. — *U.* verspricht eine weitere Arbeit über hysterische und degenerative Formen der Katatonie.

Auf Grund eines sehr umfangreichen Materials, das über 800 Fälle von Dementia praecox umfaßt, gibt *Worotynsky* (296) eine kritische Analyse der Ansichten *Kraepelins* und seiner Schule über diese Krankheitsform. Nach einem kurzen historischen Überblick über die Entwicklung der Lehre von Dementia praecox stellt *W.* zunächst fest, daß die *Kahlbaum*sche Katatonie, die *Hecker*sche Hebephrenie und die *Kraepelin*sche Dementia praecox nur verschiedene Abarten einer und derselben Krankheitsform bilden. Daß die Dementia praecox eine durch Stoffwechselanomalien hervorgerufene Erkrankung ist, bestreitet der Verfasser. Nach seiner Meinung handelt es sich hierbei vielmehr um eine Psychose erblich degenerativen Charakters, die durch organische Veränderungen der Hirnsubstanz bedingt ist. Dementia praecox gehört darum in die Gruppe der Degenerationspsychosen. Die Bezeichnung „Dementia praecox" findet *W.* unzutreffend. Er schlägt den Namen „Dementia primaria degenerativa" vor. Nach dem vom Verf. bearbeiteten Material kommt diese Krankheit am häufigsten im Alter von 15 bis 25 Jahren, etwas seltener zwischen 25—35 Jahren und nur ganz vereinzelt nach 35 Jahren vor. Die Prognose stellt sich absolut ungünstig: es kommen zwar Remissionen, Besserungen vor, eine Genesung im eigentlichen Sinne tritt nie ein. Der Beginn ist gewöhnlich schleichend, später entwickelt sich die Krankheit sprungweise, in Anfällen, denen längere Remissionen folgen können; während dieser hält



e Umgebung den Patienten für genesen, doch bleibt der Rückschlag nie aus. Die
nzelnen Anfälle bieten verschiedene klinische Bilder: es kann sich um manische,
pressive, stuporöse, paranoische oder hebephrenische Zustände handeln. Es
ommt oft vor, daß mehrere Mitglieder einer Familie an Dementia primaria degene-
tiva erkranken. Dieser Umstand kann als Beweis dafür gelten, daß diese Krank-
eit auf dem Boden einer hereditären Psychopathie zur Entwicklung gelangt. Da
er Beginn der Erkrankung oft einen manisch-depressiven Charakter trägt, so ist
ie Differentialdiagnose zwischen „Dementia primaria degenerativa" und manich-
epressivem Irresein in diesen Fällen nicht leicht. Nun ist aber nach dem Verfasser
ie Berechtigung einer Sonderexistenz der manisch-depressiven Psychose nicht
enügend fundiert. Wenn man die periodische Manie, die zirkulären Psychosen
nd die manisch-depressiven Stadien der „Dementia primaria degenerativa" an-
rkennen will, so läßt sich das manisch-depressive Irresein aus der Klassifikation
ollständig streichen. Daß die Dementia praecox — oder nach dem Verf. die Dementia
rimar. degenerativa — innerhalb er letzten zwei Dezennien zur häufigsten Krank-
eitsform geworden ist, läßt sich nach *W.* durch die ungeheure Verbreitung des
Alkoholismus, der Syphilis und der Tuberkulose in den weitesten Bevölkerungs-
schichten erklären, da die entsprechenden Nervengifte nicht nur den Organismus
der affizierten Individuen zerstören, sondern auch die Nachkommenschaft schwer
schädigen. Die ererbte krankhafte, leicht lädirbare neuro-psychische Organisation
spielt eben bei der Entwicklung dieser Demenz die Hauptrolle.

(*Fleischmann*-Kiew.)

c) Paranoia.

Bechterew (15) kommt auf eine von ihm bereits früher beschriebene Krankheitsform zurück, für die er die Bezeichnung „Paranoia suggestio delira" vorschlägt. Es handelt sich um aus neuropathischen Familien stammende Personen, deren systematischer und chronischer Wahn nur darin besteht, daß sie sich auf hypnotischem Wege beeinflußt, beherrscht, verzaubert glauben. Von Paranoia unterscheidet sich diese Erkrankung durch das Fehlen einer längeren Prodromalperiode, durch den bestimmten umschriebenen Inhalt des Wahns, durch den passiven Zustand der Patienten, die bei Ärzten Hilfe suchen, um „enthypnotisiert" zu werden, durch das Vorhandensein von Erscheinungen der Verdoppelung der Persönlichkeit und durch Automatie der Handlungen. Das Vorhandensein hysterischer Stigmata und gewisser psychischer Züge spricht für nahe Beziehungen dieser Krankheitsform zur Hysterie und zu gewissen Obsessionsformen. Manche Patienten nehmen angeblich unter der Einwirkung der hypnotischen Suggestion — an sich Verstümmelung vor, andere machen auch Selbstmordversuche. Entgegen der von ihm früher geäußerten Ansicht, konnte sich Verf. an weiteren Fällen davon überzeugen, daß bei diesen Erkrankungen auch Größenwahn beobachtet werden kann, was aber auch bei hysterischen Obsessionen zuweilen der Fall ist. Trotz des chronischen hartnäckigen Charakters der Erkrankung ist eine Genesung — namentlich im Beginn — nicht ausgeschlossen. Ein zur Sektion gekommener Fall zeigte — wie das auch anzunehmen war — an der Hirnsubstanz keine charakteristischen pathologischen Veränderungen.

(*Fleischmann*-Kiew.)



Berger (23) beweist hier nach einen historischen Überblick über die Paranoia-Frage an der Hand von 18 ausführlichen Krankengeschichten, daß die Paranoia chronica trotz *Wernicke* und *Kraepelin* eine wohlcharakterisierte klinische Krankheitsform darstellt, welche das Vorkommen paranoiaähnlicher Krankheitsbilder bei der Dementia proecox trotz der Hypothese *Lugaros* und die wichtige Tatsache der Wahnbildung auf degenerativer Basis keineswegs erschüttern konnte. Die Paranoia chronica ist nach *B.* eine seltene, in der zweiten Lebenshälfte sich schleichend entwickelnde, mit systematisierter Wahnproduktion einhergehende Erkrankung, bei der Sinnestäuschungen vorkommen oder auch fehlen können, und welche trotz der jahrelangen Dauer und ihrer Unheilbarkeit nicht zur Verblödung führt. Gegen gewisse Formen der Dementia praecox kann die mit Sinnestäuschungen einhergehende Form der Paranoia in vielen Fällen durch das höhere Lebensalter, in anderen durch das Ausbleiben aller katatonischen Symptome und jeder gemütlichen und intellektuellen Verblödung und vor allem durch das dauernde Fehlen jener eigentümlichen Zerspaltung der Persönlichkeit (Schizophrenie) abgegrenzt werden. Wichtig scheint *Berger* auch in differenzialdiagnostischer Beziehung gegenüber der Dementia praecox der Umstand, daß in der Mehrzahl der Fälle von Paranoia hallucinatoria die paranoische Färbung des Denkinhaltes oft schon jahrelang den Sinnestäuschungen voranzugehen pflegt und die Sinnestäuschungen meist nur eine Bestätigung der Wahnideen des Erkrankten darbieten. Dagegen kann dem Wahn der körperlichen Beeinflussung der Wert eines sicheren Unterscheidungsmerkmals der Dementia praecox von der Paranoia chronica nicht zuerkannt werden, wenn auch zugegeben werden mag, daß derselbe verhältnismäßig oft, aber keineswegs ausschließlich bei der Dementia praecox vorkommt.

In der Mehrzahl der Fälle wird auch das Wechselnde der Wahnproduktion, ihre Korrigierbarkeit und anderes mehr die Abgrenzung der Wahnbildung auf degenerativer Basis von der Paranoia ermöglichen, in anderen seltenen Fällen dagegen kann nur der weitere Verlauf der Erkrankung oder der eventuelle Ausgang nachträglich die Diagnose in dem einen oder anderen Sinne sichern.

Riva (232) gibt eine historische Darstellung der Geschichte der Paranoiafrage.

Schaikewitsch (245) befaßt sich in einer ausführlichen klinisch-literarischen Abhandlung mit der Paranoiafrage und kommt zu folgenden Schlüssen: Unter den ziemlich häufig vorkommenden seelischen Störungen, bei denen vorzugsweise das Gebiet des Intellekts affiziert ist und die als Paranoia oder paranoide Erkrankungen bezeichnet werden, müssen angeborene, meist degenerative, psychopathische Zustände mit Defekten der Verstandestätigkeit, Paraphrenien und echte Geisteskrankheiten, Phrenopathien unterschieden werden. Bei der ersten Form haben wir es mit der sogenannten paraphrenischen Persönlichkeit zu tun. Es kann sich daraus eine eigentümliche Zwischenform, die Paraphrenia interpretatoria entwickeln. Die Grundlage dieser Zustände sieht der Verf. in affektiven Störungen eines übermäßig egozentrischen Charakters. Bei der zweiten Form haben wir es mit echten Psychosen zu tun, die meistens auf dem Boden einer paraphrenischen Konstitution entstehen und die ebenfalls affektive egozentrische Unterlage er-



kennen lassen. Doch ist hier sehr bald eine intensive Störung des intellektuellen Apparates bemerkbar. Eben diese Psychosen, bei denen die Störung der Verstandestätigkeit besonders auffällt und die sich qualitativ von dem Boden, auf dem sie entstanden sind, abheben, sollen als Paranoiafälle bezeichnet werden. Die bei beiden Formen zum Vorschein kommenden Grundstörungen der Verstandestätigkeit bestehen in Paralogismus, einer übergroßen Beweglichkeit der Assoziationen, und in einer allgemeinen Abschwächung der Kritik. Man kann eine Paranoia combinatoria, hallucinatoria, juvenilis (*Sanders*), querularis und confabulatoria unterscheiden. Die sogenannte akute und periodische Paranoia gehören in die Kategorie der Degenerationspsychosen (in engerem Sinne dieses Wortes). Da die psychologische Struktur der *Kraepelin*schen Dementia paranoides ihren Ausgang aus der paraphrenischen Persönlichkeit nimmt und da diese Form sich nach dem Paranoiatypus entwickelt, so betrachtet sie der Verf. als eine Abart der Paranoia und schlägt für sie die Bezeichnung Paranoia confuso-dementica vor.

Die Grundlage aller Paranoiapsychosen bildet nach *Sch.* die paraphrenische degenerative Persönlichkeit mit Egozentrismus der Gefühle, Paralogismus des Denkens und Schwäche der Kritik, also mit relativer Demenz.

(*Fleischmann*-Kiew.)

d) Sonstiges.

Aschaffenburg (8): Die Haft und die mit der Haft verbundenen psychischen Erregungen können bei prädisponierten Menschen neben anderen Formen der Psychosen auch Syndrome auslösen, die einen deutlich psychogenen Charakter tragen. Weder die Entstehung dieser Zustände in der Haft, noch ihr Schwinden nach der Enthaftung beweisen, daß es sich um psychogene Entartungszustände handeln muß. Es sind vielleicht weit öfter als allgemein angenommen wird, nur Exazerbationen oder die ersten deutlichen Symptome der Dementia praecox. Die Haft gibt ihm nur die eigentümliche Färbung, die sie mit den sehr viel selteneren, wirklich psychogenen Haftpsychosen gemeinsam haben.

Es handelt sich hier (28) um *Bonhoeffers* Referat auf dem XVII. internationalen Kongreß in London. Spezifische Psychosen, die für bestimmte Infektionserreger charakteristisch wären, gibt es nicht. Die Einteilung in Initialdelirien, Infektionsdelirien, Kollapsdelirien und Erschöpfungspsychosen hat in der klinischen Erfahrung keine zureichende Grundlage. Die durch Infektionskrankheiten hervorgerufenen Psychosen charakterisieren sich nicht als spezifische Psychosen, die sich von Psychosen anderer, insbesondere anderer exogener Entstehung unterscheiden. Pathognomonisch für die exogene Ätiologie ist immer das amnestische Zustandsbild, das *Korsakoff*sche Syndrom, ebenso die deliranten Zustände, die dem amnestischen Zustandsbild aufs engste verwandt sind. Das *Korsakoff*sche Syndrom und echte Delirien finden sich niemals bei den endogenen Psychosen, beim manisch-depressiven Irresein, der Dementia praecox. Für das Vorkommen spezifischer psychischer Erkrankungsformen spricht auch bei den autotoxischen Prozessen nichts. Man kann nicht von spezifischen, hepatogenen, renalen und anderen Autointoxikationspsychosen reden. Doch ist es wahrscheinlich, daß Autointoxikationen vorkommen,

auch wenn man über die Natur des erkrankten Organs noch ganz im unklaren ist. Hierher gehört auch das Delirium tremens. Besondere Verhältnisse liegen vielleicht bei Erkrankungen der Drüsen mit innerer Sekretion vor. Die Erfahrungen mit der Thyreoidea sprechen dafür.

Fauser (85) bringt hier die Ergebnisse von 33 weiteren Fällen, die er mittels des Dialysierverfahrens untersucht hat; darunter 13 Fälle von Dementia praecox und 7 Fälle von Depression resp. manisch-depressiven Irresein. Indem wir uns an dieser Stelle nur auf die funktionellen Psychosen beschränken, — glaubt *Fauser* heute schon folgendes vermutungsweise aussprechen zu dürfen:

„Für die Mehrzahl der Fälle der Dementia-praecox-Gruppe kommt als das primär Schädigende eine Dysfunktion (d. h. eine Störung des Zellstoffwechsels) der Geschlechtsdrüsen, für eine Minderzahl (nach meinen bisherigen Eindrücken handelt es sich hier außer den Fällen, die man schon jetzt als thyreogenes Irresein bezeichnet hat, namentlich um gewisse katatonische Erregungszustände) eine Dysfunktion der Schilddrüse in Betracht. Daß eine Dysfunktion nur dieser beiden Organsysteme in Frage steht, vermag ich bis jetzt weder zu behaupten noch zu verneinen. Worauf die Dysfunktion der genannten Drüsen weiterhin zurückzuführen ist, kann vorerst nur vermutet werden: bei den Geschlechtsdrüsen wird man in erster Linie an hereditäre, bei der Schilddrüse mindestens zum Teil an erworbene Eigenschaften denken müssen. Das von diesen Drüsen in das Blut abgegebene, nicht oder ungenügend oder falsch abgebaute, jedenfalls also blutfremde Organeiweiß regt dann die Leukozyten zur Produktion eines spezifischen Ferments an, durch das jenes Organeiweiß weiterhin gespalten wird; die dabei auftretenden Zwischenprodukte, oder wenigstens ein Teil derselben, wirken dann weiterhin schädigend auf die Hirnrinde und bewirken auch hier eine Dysfunktion, die sich klinisch in bestimmten Krankheitssymptomen, serologisch in den Nachweis eines zweiten Schutzferments, nämlich gegen Hirn, resp. in dem daran erkennbaren Übertritt von blutfremden Gehirnmaterial ins Blut äußert. Von den dabei auftretenden Zwischenprodukten, möglicherweise auch von dem Ferment, — werden wiederum Störungen der Hirnrinde zu erwarten sein.

Ich füge, auf früheres zurückkommend, hier noch an, daß ich bis jetzt bei Sera von Dementia-praecox-kranken Männern niemals einen Abbau von Ovarium, von Dementia-praecox-kranken Frauen niemals einen Abbau von Testikel feststellen konnte, ferner, daß sich auch die Geschlechtsdrüsen von ganz alten Männern und Frauen für den Versuch als brauchbar erwiesen haben. —

Bemerkenswert ist ferner, daß ich beim manisch-depressiven Irresein bis jetzt im Dialysierverfahren niemals Schutzferment gegen Hirn, Geschlechtsdrüsen und Schilddrüse auffinden konnte."

Haymann (115) hat gefunden, daß das Verhältnis der beiden Zahlen, die angeben, welche Stromstärken notwendig sind, um das eine Mal optisch wahrgenommen zu werden, das andere Mal einen pupillomotorischen Effekt hervorzurufen, in pathologischen Fällen von der Norm abweicht. Wie bei den Erschöpfungszuständen Gesunder erhöht sich die Verhältniszahl auf das Zwei- bis Vierfache und mehr in Fällen von Hysterie, konstitutioneller und Erschöpfungsneurasthenie,



ährend sie namentlich bei funktionellen Psychosen durchaus innerhalb der Norm leibt, diese bei exogen toxisch bedingten nur wenig überschreitet, hier aber etwas tärkere Schwankungen aufweist und bei Epilepsie ganz besonders starke Schwan-ungen zeigt. Erhöhte Werte zeigen auch organische Psychosen und durch körper-iche Krankheit hervorgerufene Erschöpfungszustände.

Imhof (128) bespricht hier 15 Fälle, 2 Männer und 13 Frauen, bei denen Osteo-nalazie zur Psychose hinzutrat; bei letzteren handelt es sich um ausschließlich nicht puerperale Fälle; von den Frauen haben nur 5 geboren; die Krankheit brach etwa 20—30 Jahre nach der letzten Geburt aus. Paralyse, nachweisbar luetische Symptome, karzinomatöse oder tuberkulöse Knochenerkrankungen waren aus-geschlossen. *Imhof* schließt: Es kommt bei Geisteskranken, wenn auch selten, aber doch häufiger als früher erkannt, eine chronische Osteopathie in Form aus-gesprochener Osteomalazie vor. Auffallend ist, daß die Psychosen, bei denen Osteo-malazie zur Beobachtung kommt, in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle der Gruppe der Dementia praecox angehören. Im Verhältnis werden von dem osteo-malazischen Krankheitsprozeß Frauen in weit größerem Maße betroffen als Männer. Der Beginn der Erkrankung ist zeitlich nur ungenau zu fixieren, wenigstens läßt sich über die Zeit der Entstehung vom rein pathologisch-anatomischen Stand-punkte aus nur mit einiger Wahrscheinlichkeit etwas Bestimmtes nicht sagen. Über den kausalen Zusammenhang der Osteomalazie mit der von dieser bevor-zugten Psychose steht bislang noch nichts Sicheres fest.

Wie *Luther* (173) darlegt, können die auf dem Boden der Idiotie und aus-gesprochenen Imbezillität entstehenden Psychosen entsprechend dem niedrigen intellektuellen und ethischen Niveau und dem geringen Vorstellungsschatz eine nur ärmliche Ausgestaltung zeigen; Größenideen kamen deshalb nur in Andeutungen vor, ein Versündigungswahn kann sich nicht bilden, es kommt höchstens zu einigen schwächlichen Verfehlungsvorstellungen und Ansätzen von Besessenheitswahn; die viel verbreiteten Beeinträchtigungsvorstellungen bleiben ohne nähere Ver-knüpfung und Systematisierung. Echte Sinnestäuschungen kommen vorwiegend den chronischen Formen zu, es kamen Halluzinationen auf allen Sinnesgebieten vor.

Die depressive Stimmung äußert sich häufiger in der Form der Hemmung als in ängstlicher Erregung. Eine nur Idioten zukommende Reaktionsweise ist ein anhaltender Heulzustand nach Art scheuer und unartiger kleiner Kinder. Es kamen Bewegungsstörungen vor, die äußerlich einen katatonen Charakter tragen, sie finden sich vornehmlich bei Zuständen psychogener Genese.

Die periodischen Formen, epileptoide, manisch-depressive, hypochondrische Zustandsbilder und ihre Übergänge, die zuweilen auch eine katatone Färbung annehmen können, entsprechen im wesentlichen dem gewöhnlichen degenerativen und manisch-depressiven Irresein.

Die episodischen Formen zeigen größtenteils ebenfalls eine Verwandtschaft zu den degenerativen Zuständen und entspringen in der Mehrzahl einer psycho-genen Reaktionsweise.

Zu den chronischen bzw. in Verblödung ausgehenden Psychosen gehören einmal gewisse epileptoide Erregungen mit zunehmendem Blödsinn, die sich jedoch



von der Epilepsie abgrenzen lassen, weiter die Pfropfschizophrenie und schließlich verschiedene Fälle von Stupor, chronische Halluzinose u. dgl., die teils sicher, teils mit großer Wahrscheinlichkeit von den schizophrenen Zuständen abzugrenzen sind, und für die wir in unserem gewöhnlichen System keine Vorbilder haben, so daß es sich hier offenbar um Zustände handelt, die für den angeborenen Schwachsinn spezifisch sind.

Die Diagnose auf Pfropfschizophrenie kann im Beginn der Erkrankung vielfach nicht mit Sicherheit gestellt werden, da sie sich anfangs nicht selten unter einer anderen Verlaufsform verbirgt, und andererseits namentlich psychogen ausgelöste Störungen oft längere Zeit ein schizophrenes Gepräge tragen können.

Daß der Verlauf der Pfropfschizophrenie besonders schwer und ungünstig ist und zu besonders tiefer Verblödung führt, hat *Luther* nicht feststellen können.

Mayer (187) berichtet hier über die Versuche in der Tübinger Klinik. Paradoxe Reaktionen sind Ausfluß von Versuchsfehlern. Das Serum von Dementia-praecox-Kranken enthält immer Abwehrfermente gegen Geschlechtsdrüsen, es enthält meist Fermente gegen Hirnrinde und Thyreoidea. In der Gruppe der funktionellen Psychosen ist kein Abwehrferment im Blute gefunden worden. Das Serum von Paralytikern enthält meist eine Reihe von Abwehrfermenten gegen die verschiedenen Organe, immer gegen Hirnrinde. Als differentialdiagnostisches Hilfsmittel bei der Fragestellung Dementia praecox oder manisch-depressives Irresein (bzw. Psychopathie) kommt die Dialysiermethode wohl in Betracht.

Nitsche (198) will an der Hand eines Krankheitsfalles darauf hinweisen, daß „es auf der Grundlage der psychopathischen Degeneration eigentümliche atypische Krankheitsbilder gibt, die sich den bekannten klinischen Krankheitstypen nicht einfügen lassen, die einen anscheinend regellosen Verlauf haben und vor allem ein sehr polymorphes, uneinheitliches Bild darbieten, das eben dieser Unregelmäßigkeit und Vielgestaltigkeit wegen unter Umständen den Verdacht erwecken kann, es handle sich um eine Verblödungspsychose. Eine genauere Analyse ergibt indessen, daß die einzelnen Komponenten der Psychose auf eine eigenartige degenerative Anlage zurückzuführen ist, daß es sich um eine zusammengesetzte Degenerationspsychose handelt“. Solche zusammengesetzte Krankheitsbilder auf der Grundlage der psychopathischen Degeneration scheinen nach *N.* nicht so selten zu sein. Sie liefern oft recht eigenartige, schwer verständliche Bilder und können Anlaß geben zur Verwechselung mit progredienten Krankheitsprozessen. Ihr wichtigstes differentialdiagnostisches Kriterium ist der Nachweis des degenerativen Grundzustandes in seiner spezifischen Gestaltung und seiner Wiederspiegelung in der Symptomatologie der Psychose.

Palla (207) bezieht sich beim Überblick auf die Gesamtheit der symptomatischen Psychosen im Gefolge von akuten Infektionen und inneren Erkrankungen auf die Arbeiten von *Krasser* (Wiener klinische Rundschau 1912), *Bonhoeffer*, *Siemerling* und *Cramer*. Der Mannigfaltigkeit der Grundkrankheiten steht eine große Gleichförmigkeit der psychischen Bilder gegenüber. Pathologisch-anatomisch bemerkenswert ist die Beteiligung der Nebenniere bei den symptomatischen Psychosen im Gefolge von akuten Infektionskrankheiten. Schädigung der Neben-



ierenfunktion findet man auch bei M. Addison. *P.* weist dann des längeren auf ie in vieler Hinsicht gleichen Symptome, namentlich auf körperlichem Gebiete, ›ei den beiderlei Erkrankungen hin, wobei sicher eine mangelhafte oder gesteigerte ›drenalinsekretion eine große Rolle spielt. Während wir bei M. Addison über große pathologisch-anatomische Erfahrungen verfügen, besitzt die Psychiatrie bisher nur spärliche Untersuchungen bei den in Betracht kommenden Psychosen, eigentlich nur bei dem Delirium acutum. Möglicherweise handelt es sich bei diesen symptomatischen Psychosen auch nur über mehr funktionelle Störungen der Adrenalinsekretion. Es ist auch nicht unmöglich, daß die Hypoplasie des chromaffinen Systems, welche die Vorbedingung zum Addison darstellt, auch die Prädistination für den Ausbruch der akuten symptomatischen Psychosen bei Infektion und die letale Prognose des akuten Delir bedingt.

Romagna-Manoja (234) ist Schüler von *Mingazzini*. Dieser und *Pacetti* sprechen sich in betreff der zephalalgischen resp. hemikranischen Psychosen dahin aus, daß ein Teil derselben mit Hysterie und Epilepsie nichts zu tun haben, und erklären die Einwürfe, die gegen die Entität dieser Psychosen erhoben werden, für nicht stichhaltig. Auch *Flatau* und *Pelz* sprechen sich neuerdings in ähnlichem Sinne aus. — *R.* berichtet hier über vier diesbezügliche Fälle, wobei alle hysterischen oder epileptischen Zeichen fehlten. Es bestanden Gesichtshalluzinationen, Wahnideen depressiver Natur, vollständige Kohärenz zwischen Gefühlszustand und Inhalt der krankhaften Ideen. In dem einen Fall kam es zu Selbstmordversuchen. Daß die psychischen Störungen direkte Folge des schweren Kopfschmerzes sind, läßt sich natürlich nicht bestimmt beweisen, doch ist es unter Umständen sehr wahrscheinlich. *R.* schließt, daß bei den sogenannten Migränepsychosen, neben den psychopathischen Formen in enger Verbindung mit Epilepsie und Hysterie, zweifellos eine Anzahl psychotischer Zustände, zephalalgische, Migränepsychosen, besteht, die nicht sehr häufig sind und ein einförmiges klinisches Bild darbieten, die ihren Ursprung anscheinend aus einem Schmerz nehmen, der häufiger ein zephalalgischer Schmerz, bisweilen eine Migräne, seltener ein prosopalgischer ist, und die extraenzephalen Nerven befällt. In vielen dieser Fälle besteht eine neuropathische Konstitution oder eine neuropsychopathische Belastung. Jedoch fehlen sämtliche physischen und psychische Zeichen einer hysterischen oder epileptischen Konstitution und häufig auch objektive Angaben eines toxischen Zustandes (des Magenkatarrhs, der Nieren).

Die Arbeit von *Savoureux* (244) hat vorzugsweise historisches Interesse. Le spleen, auch Mélancolie anglaise, Melancolia anglica genannt, — scheint auffallend häufig im 18. und in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts in England, weniger in Frankreich, beobachtet worden zu sein. Nachher verschwindet er aus der Literatur. *Sauvages* fügt in seiner Nosologie méthodique Paris 1773 hinzu appelée taedium vitae. Ohne alle nachweisbare Ursache, bei Abwesenheit jeder gemütlichen Depression oder von Angstgefühlen haben oder bekommen die betreffenden Individuen einen Ekel am Leben und ein Verlangen, dasselbe durch Selbstmord abzukürzen. — Aus dem historischen Überblick, den *S.* gibt, erkennt man, daß die damaligen Psychiater — es handelt sich nur um englische und franzö-



sische Autoren, — diesen spleen genau unterschieden von den eigentlichen Melancholien und sonstigen Depressionszuständen.

Die 17 ausführlichen Krankengeschichten gehören meist vergangenen Jahrhunderten an, 4 sind eigene Beobachtungen. Sie zeigen die Abwesenheit jeder ausgesprochenen Depression, jeder Halluzination, Verwirrtheit usw. Die Leute sind geistig völlig normal. Sie gehören offenbar zu den Degenerierten, sind erblich belastet. Sie haben meist dauernd einen Widerwillen am Leben und haben eine gewisse Sucht, dasselbe abzukürzen. Bei ihnen ist der sogenannte Erhaltungstrieb alteriert. — Offen bleibt die Frage, ob man berechtigt ist, solche Individuen, sobald sie mal einen Selbstmordversuch gemacht haben, zu internieren.

Es handelt sich hier (246) um den Abdruck von *Scheers* Inauguraldissertation Osteomalacie en Psychose, Amsterdam 1912. Verf. bespricht ausführlich die bei Geisteskranken oft beobachtete erhöhte Knochenbrüchigkeit, gibt eine Übersicht über die aus der Literatur gesammelten Fälle von Osteomalazie und Psychose, um dann 10 eigene Fälle zu bringen. In 8 derselben handelt es sich um Osteomalazie bei an chronischer Psychose Erkrankten. Die ersten Zeichen für Osteomalazie stellten sich fast immer erst längere Zeit nach dem Beginn der Psychose ein. In 6 Fällen handelte es sich um Dementia praecox. *van der Scheer* glaubt annehmen zu müssen, daß das Knochensystem bei einigen chronischen Psychosen schädlichen Agentien gegenüber empfindlicher ist als bei geistig normalen Individuen.

Stern (261) versteht unter Kulturkreis die Summe von geistigen und sozialen Elementen, die auf das Seelenleben eines Menschen einwirken. Hat der Kulturkreis einen Einfluß auf die Häufigkeitsquote der Psychosen? Ist die Häufigkeitsquote der einzelnen geistigen Erkrankungen eine Funktion des Kulturkreises? Kulturkreis und soziale Lage decken sich nicht. — *Stern* hat sein Augenmerk vor allem auf die funktionellen Psychosen gerichtet. Sein Material stammt aus der Freiburger Klinik. Er bewertet die einzelnen Bevölkerungsgruppen nach der Höhe der psychischen Inanspruchnahme im allgemeinen, der intellektuellen im besonderen, d. h. es ist maßgebend: 1. wie stark hat der Einzelne in seiner Stellung im Leben die psychischen Funktionen gegenüber den körperlichen anzustrengen, 2. wie groß ist die soziale Abhängigkeit des Einzelnen. Demnach redet er von niederen und höheren Kulturkreisen. —

Wenn wir uns an dieser Stelle auf die funktionellen Psychosen beschränken, so folgt aus der Zusammenstellung von *Stern*: Mit der Höhe des Kulturkreises nehmen zu die Häufigkeitsquoten der Manie, des periodischen und zirkulären Irreseins, der Paranoia und des manisch-depressiven Irreseins, als die Summe der Affektpsychosen. Zu der Melancholie liefern die niederen Kreise, vorzüglich aber die Landbewohner, einen großen Prozentsatz, während bei der Manie die Städter mehr beteiligt sind. Die Psychopathie ist einesteils in höheren Kreisen häufiger, anderenteils ist hier der Einfluß des städtischen Milieus und des Alkoholismus zu erkennen. Die Dementia praecox nimmt fast stufenweise mit dem Steigen des Kulturkreises ab. Amentia bevorzugt die Selbständigen. Das städtische Milieu übt einen entscheidenden Einfluß aus auf die Häufigkeitsquote der Manie, das ländliche dagegen bei der Melancholie. Diese Befunde widersprechen teilweise

den Resultaten von *Gaupp*. — Die funktionellen Psychosen nehmen nach *Stern* fast genau mit der Höhe des Kulturkreises zu, die Dementia praecox dagegen ab. Ähnlich ist es mit dem manisch-depressiven Irresein. Dasselbe Resultat erhält man, wenn man Völker auf verschiedene Kulturstufen miteinander vergleicht. In dem Verhältnis des manisch-depressiven Irreseins zur Dementia praecox spiegelt sich die Stärke der pathologischen Einwirkung der Kultur auf das Seelenleben des Volkes wieder. Diesen Quotienten, mit 100 multipliziert, nennen wir den psychopathologischen Index der Kultur. Die Dementia praecox stellt für *Stern* den Haupttypus der organischen Psychosen dar. Er macht weiterhin darauf aufmerksam, daß während Dementia praecox bei Juden und Christen in gleicher Prozentzahl vorkamen, die Juden sechsmal häufiger an zirkulären Psychosen leiden. Die Manie bevorzugt weiterhin die wärmeren und heißeren Zonen, während Melancholie und Selbstmord in den Ländern mit kälterem Klima überwiegen. *Stern* schließt, daß die Kultur die einzelnen psychischen Funktionen ausbildet und ganz besonders die Form, in der das Seelenleben wie alles biologische Geschehen überhaupt, sich äußert, die Periodizität. Die Kultur stellt einen Faktor in der Ätiologie der funktionellen Psychosen dar. Dieser ist in einem Aufbrauch der nervösen Organe im Sinne *Edingers* zu suchen. Hierbei kann es sich aber nur um einen Aufbrauch bei den Aszendenten handeln, da diese Krankheiten angeborene Störungen des Seelenlebens sind.

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE
UND PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

II. LITERATURHEFT ZU BAND LXXI

BERICHT

ÜBER DIE

PSYCHIATRISCHE LITERATUR

IM JAHRE 1913

REDIGIERT

VON

OTTO SNELL

DIREKTOR DER HEIL- U. PFLEGEANSTALT LÜNEBURG

HEFT II

AUSGEGEBEN AM 23. FEBRUAR 1915



BERLIN

W. 10. GENTHINERSTRASSE 38

DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER

1915.

Preis des Bandes von 8 Heften (6 Hefte Originalien und 2 Hefte Literaturbericht) 32 Mark.


Heilanstalt Pützchen gegenüber Bonn am Rhein
Privat-Heil-u. Pflegeanstalt für Nerven-u. Gemütskranke der gebildeten Stände. 3 Ärzte.
Telefon № 229 Amt Bonn ••• Dr. A. Peipers, leitender Arzt und Besitzer

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT

FÜR

PSYCHIATRIE

UND

PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

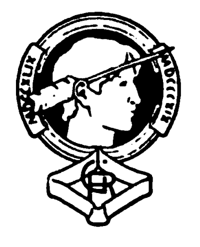
BONHOEFFER	KREUSER	PELMAN	SCHÜLE
BERLIN	WINNENTAL	BONN	ILLENAU

DURCH

HANS LAEHR
SCHWEIZERHOF

EINUNDSIEBZIGSTER BAND

II. LITERATURHEFT



BERLIN

W. 10. GENTHINERSTRASSE 38

DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER

1915



BERICHT

ÜBER DIE

PSYCHIATRISCHE LITERATUR

IM JAHRE 1913

REDIGIERT

VON

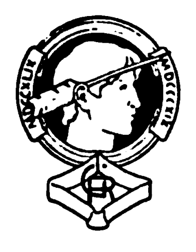
OTTO SNELL

DIREKTOR DER HEIL- U. PFLEGEANSTALT LÜNEBURG

II.

II. LITERATURHEFT

ZUM 71. BANDE
DER ALLGEMEINEN ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE



BERLIN
W. 10. GENTHINERSTRASSE 38

DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER

1915





6. Organische Psychosen.

Ref.: Pförringer-Hamburg-Friedrichsberg.

1. *Albès*, *A.* (Montpellier), De quelques particularités observées dans un état hallucinatoire chez un paralytique général. Ann. méd.-psychol. 71. Jahrg. Nr. 3 p. 285.

2. *Allers*, *R.* (München), Die Stoffwechselstörung der progressiven Paralyse. Allgem. Ztschr. f. Psych. Bd. 70, H. 5, S. 870. (S. 190*.)

3. *Allers*, *R.* (München), Untersuchung über den Stoffwechsel bei der progressiven Paralyse. Einleitung. Ztschr. f. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 17, H. 2—3, S. 222.

4. *Altmann* u. *Dreyfus* (Frankfurt a. M.), Salvarsan und Liquor cerebrospinalis bei Frühsyphilis, nebst ergänzenden Liquoruntersuchungen in der Latenzzeit. Münch. med. Wschr. Nr. 9 u. 10. (S. 183*).

5. *Alzheimer*, *A.* (Breslau), The present status of our knowledge of the pathological histology of the cortex in the psychosis. The americ. journ. of insan. vol. 1, p. 175.

6. *Antheaume* et *Piquemal*, Remission consecutive à un ictus épiléptiforme et à une poussée furonculeuse chez un paralytique général tabétique. L'encéphale no. 12, p. 535.

7. *Arsimoles* et *Halberstadt*, Les troubles menteaux séniles et préséniles. Paris medical. Sept. no. 42, p. 349. (S. 192*.)

8. *Austregesilo*, *A.* (Rio de Janeiro), Frühdiagnose der Tabes und der Tabes oligosymptomatica. Deutsche med. Wschr. Nr. 49, S. 2396.

9. *Baird*, *Harvey* (Periteau), Urethritis in general paralysis with remarks of the exhibition of hexamethyl-tetramine. The journ. of ment. science vol. 59, no. 244, p. 75.

10. *Balcke* (Frankfurt a. M.), Frühsymptome der arteriosklerotisch Gehirnerkrankung. Arch. f. Psych. Bd. 5 H. 2.

11. *Barnes*, *Fr. M.* (Washington), Hallucinations in paresis. Ne York. medical-journ. 28. Juni.

12. *Barnes*, *Fr. M.* (St. Louis), General paralysis in the negro. Ne York. medical-journ. 18. Oct.

13. *Barrett*, *A. M.* (Ann. Arbor. Mich.), A case of Alzheimers diseas with unusual neurological disturbances. The journ. of nervou and mental disease vol. 40, no. 6, p. 361.

14. *Barrett*, *A. M.*, Diffuse glioma of the pia mater. The americ. journ. of insan. vol. 69, no. 4, p. 643.

15. *Bender*, *Julie* (Frankfurt a. M.), Über die Bedeutung des Löwyschen Phänomens: „Blutdrucksteigerung bei Vorbeugen des Kopfes“ für die Diagnose der Arteriosklerosis cerebri. Arch. f. Psych. Bd. 5, H. 3, S. 1130. (S. 193*.)

16. *Benedek*, *L.* (Klausenburg), Hautreaktion mit Noguchis Luetin bei Paralytikern. Münch. med. Wschr. Nr. 37, S. 2033. (S. 185*.)

17. *Benedek*, *L.* (Kolosvár), Lipoiden im Blutserum bei Paralyse an der Hand der Neumann- und Hermannschen Reaktion. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 33, H. 6, S. 526. (S. 190*.)

18. *Benedek*, *L.*, u. *Deák* (Klausenburg), Unterschied zwischen dem Blutserum bei Paralyse u. Dementia präcox in bezug auf die Auslösung von Immunhämolysen. Deutsche med. Wschr. Nr. 1, S. 24. (S. 184*.)

19. *Benon*, *R.*, et *Cier*, *H.*, La forme asthénique de la paralysie générale. Revue de méd. no. 8, p. 636. (S. 180*.)

20. *Berger*, *H.* (Jena), Nachweis der Spirochäten des Paralytikergehirns im Tierexperiment. Münch. med. Wschr. Nr. 35. (S. 185*.)

21. *Bergl*, *Klemens* (Prag), Neue Instrumente zur Lumbal- und Venaepunktion. Deutsche med. Wschr. Nr. 49, S. 2410.

22. *Bessière*, *R.* (Sainte Anne), Revue analytique sur la maladie d'Alzheimer. (Démence présénile.) Revue de Psych. et Psychol. exp. no. 1, p. 15. (S. 192*.)

23. *Beving*, *J.*, Ein Fall von Tumor cerebri. Inaug.-Diss.

24. *Bick*, *E.*, Zur Ätiologie u. Symptomatologie der multiplen Sklerose. Inaug.-Diss.



25. *Bickel, H.*, Funikuläre Myelitis mit bulbären und polyneuritischen Symptomen. Arch. f. Psych. u. Neurol. Bd. 53, H. 3. (S. 196*.)
26. *Bisgaard, A.* (Kopenhagen), Die Eiweißuntersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit durch 234 Fälle beleuchtet. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 14, H. 3, S. 329. (S. 183*.)
27. *Bisgaard, A.*, Aeggehvidestofferne i cerebrospinalvaesken og deres kliniske betydning. Kopenhagen. Jakob Lund. 200 S.
28. *Bisgaard, A.*, Untersuchungen über die Eiweiß- und Stickstoffverhältnisse der Zerebrospinalflüssigkeit sowie über die Wasserstoffionenkonzentration derselben. Biochemische Zeitschr. Bd. 58, H. 1 u. 2. (S. 199*.)
29. *Boas, K.*, Über die Beziehungen des Berufs zu den metasyphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems. (Tabes und progressive Paralyse) im Lichte der preußischen Irrenstatistik (1900—1908). Ztschr. f. Versicherungsmediz. Nr. 8 u. 9.
30. *Böckelmann* (Stephansfeld), Erfahrungen über die Wirkung der Spinalnarkose bei tabischen Viszeralkrisen. Allgem. Ztschr. f. Psych. Bd. 1, H. 1, S. 167.
31. *Brandam, J.*, Las ideas suicidio en las paralysis general progresiva. Revista de la sociedad de psiguiatria neurologia y medicina legal p. 42.
32. *Brassert, H.* (Leipzig), Selbstverstümmelung bei Paralyse. Allgem. Ztschr. f. Psych. Bd. 70, H. 3 u. 4, S. 564.
33. *Bressler, Johann* (Lüben), Die für den praktischen und Anstaltsarzt zur Syphilisdiagnose verwendbaren Serum- und Kutanreaktionen. Psych.-neurol. Wschr. 15. Jahrg., Nr. 35, S. 433.
34. *Brückner*, Über Erfahrungen mit einem neuen Arsenpräparat „Arsalyt“. Psych.-neurol. Wschr. 1913, Nr. 10. (S. 185*.)
35. *Bruns, L.* (Hannover), Die Behandlung der Gehirntumoren und die Indikation für ihre Operation. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 34, H. 4, S. 495. (S. 195*.)
36. *Buckley, A. C.* (Philadelphia), Functional psychoses of the senile period. Pennsylvania medical journal, Februar.
37. *Bundschuh, R.* (Illenau), Beitrag zur diagnostischen Anwendung der Wassermannschen Reaktion in der Psychiatrie. Allgem. Ztschr. f. Psych. Bd. 70, H. 3 u. 4, S. 365.



38. *Bychowsky* (Warschau), Zur Klinik der oberflächlichen Gehirntumoren und über das Verhalten des Babinskischen Zehenphänomens bei kortikalen Hemiplegien. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 49, H. 3.

39. *Capgras* et *Morel*, *L.*, Paralysie générale prolongée ou démence précoce. Bull. de la Soc. clin. de méd. ment. no. 7, p. 296.

40. *Carbone*, *D.* et *Nizzi*, *F.*, Ricerche sui rapporti fra colesterina e reazione del Wassermann. Biochemica e Terapia Sperimentale IV f. 4.

41. *Carbone*, *D.* e *Pigini*, *G.*, Ricerche sulla costituzione chimica del cervello nella paralisi progressiva. Rivista Sperimentale di Freniatria vol. 39, p. 1—17.

42. *Carstensen*, *Th.* (Göttingen), Beitrag zur Klinik der senilen Seelenstörungen. Inaug.-Diss. Göttingen.

43. *Child*, *H. T.* (Illinois), Ocular symptons in general paralysis of the insane. The americ. Journ. of insan. vol. 69, fasc. 3. p. 625.

44. *Claude*, *H.* et *Loyez*, *M.*, Étude anatomique d'un cas d'apraxie avec hémiplegie droite cécité verbale. L'Encéphale no. 10, p. 289.

45. *Condomine*, *A.*, et *Deveaux*, *A.* (Bassens), Syndrome paralytique chez un alcoolique, délits à caractère démentiel. Archives de Neurol. no. 4, p. 255.

46. *Cordes*, *Franziska* (Böhmisch-Buchholz), Manieartige Geistesstörung bei Gehirntumor. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 15, H. 1—2, S. 205.

47. *Dahm*, *Irmgard* (München), Untersuchungen über den Stoffwechsel bei progressiver Paralyse, die Ausscheidung und Verbrennung flüchtiger Fettsäuren. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 17, H. 2—3, S. 228. (S. 187*.)

48. *Damaye*, *H.* (Bailleul), Études sur les troubles mentaux de la vieillesse. Arch. de Neurol. 35, no. 9, p. 159. (S. 192*.)

49. *Damaye*, *H.*, et *Marange*, *J.*, Hérédosyphilis. Arrièration intellectuelle congénitale transformée en paralysie générale. L'Echo médical de Nord, 26. Octobre.

50. *Damaye*, *H.* (Bailleul), Syndrome paralysie subaigu recidive à l'occasion d'une grossesse. Arch. de Neurol. 35, no. 1 Janv., p. 1.

51. *Damaye*, *H.* (Bailleul), Les associations mentales du syndrome physique paralysie générale.

52. *Daneo, L.*, u. *Ferrari, M.*, Di alcuni ricerche emo-citologiche e fisicochimiche in scorbutici alineati. Rassegna di Studie psychiatr. vol. 3, p. 6.

53. *Derrien, Euziere, Roger*, Les dissociations albumino-cytologiques du liquide céphalo-rachidien. L'Encéphale no. 10, p. 308.

54. *Dimitz, L.*, Salvarsan und Psychose. Med. Klinik Nr. 4, S. 155.

55. *Donath, J.* (Budapest), Die neue Behandlungsweise der Tabes dorsalis u. der progressiven Paralyse. Therap. d. Gegenwart November 1913. (S. 180*.)

56. *Donath, J.* (Budapest), Technik, diagnostischer und therapeutischer Wert der Lumbalpunktion. Sammlung klinischer Vorträge begründet von R. von Volkmann. Neue Folge 1913, Nr. 689 (J. A. Barth, Leipzig).

57. *Dreyfus, G. L.* (Frankfurt a. M.), Neosalvarsan. Münch. med. Wschr. Nr. 12. (S. 184*.)

58. *Drowatzky*, Ein Beitrag zur Lehre von der Meningitis. Inaug.-Diss.

59. *Ebstein, L.* (Leipzig), Goethes Anteil an der Lehre von der Aphasie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 17, H. 1, S. 58.

60. *Economo, C.* (Wien), Pathogenese, Diagnostik und Therapie der progressiven Paralyse. Wien. med. Wschr. Nr. 34.

61. *Edinger* u. *Fischer*, Ein Mensch ohne Großhirn. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 152. (S. 196*.)

62. *Engels* (Saarbrücken), Unfall u. progressive Paralyse. Ärztl. Sachverständ.-Ztg. Nr. 2, S. 32.

63. *Ermakow, J.* (Moskau), Geistesstörung bei Akromegalie u. Syringomyelie. Arbeiten aus d. psych. Klinik zu Moskau herausgeg. von Th. Rybakow. (Russisch.)

64. *Fischer, Oskar* (Prag), Gibt es eine Lues nervosa? Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 16, H. 1—2, S. 120. (S. 180*.)

65. *Fischer, Oskar* (Prag), Das Problem der Paralyse-Therapie. Prag. med. Wschr. 38, Nr. 2.

66. *Fitzmaurice-Kelly, M.* (Brentford), Salvarsan in general paralysis of the insane and Tabes. The Journ. of ment. science vol. 59, no. 246, p. 498.

67. *Forster, E.* (Berlin), Über Apraxie bei Balkendurchtrennung. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 33, H. 6, S. 493. (S. 194*.)

68. *Forster* (Berlin), Über den Nachweis lebender Spirochäten im Paralytikergehirn. Allgem. Ztschr. f. Psych. Bd. 70, H. 5, S. 855.

69. *Forster*, *E.*, u. *Tomasczewski*, *E.* (Berlin), Nachweis von lebenden Spirochäten im Gehirn von Paralytikern. Deutsche med. Wschr. Nr. 26, S. 1237. (S. 191*.)

70. *Fraeser*, *K.*, u. *Watson*, *H. F.*, The role of syphilis in mental deficiency and epilesy. The journ. of mental science no. 247, p. 640.

71. *Fränkel*, *M.*, u. *Jakob*, *A.*, Zur Pathologie der multiplen Sklerose mit besonderer Berücksichtigung der akuten Formen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 14, H. 4—5. (S. 196*.)

72. *Froment*, *J.*, und *Monod*, Anatomische und klinische Untersuchung eines Falles von totaler Aphasie. Lyon méd. no. 17.

73. *Froment*, *J.* et *Monod*, *O.*, Du langage articulé chez l'homme normal et chez l'aphasique. Arch. de Psychol. 13, no. 49, p. 1.

74. *Gatti*, *L.* (Genua), Über psychische Störungen im Verlaufe der Recklinghausenschen Krankheit. Kutanes, gastrisches und psychisches Symptomenbild. Neurol. Zentralbl. Nr. 16, S. 1027.

75. *Geber*, *H.*, u. *Benedek*, *L.* (Klausenburg), Lebende Spirochäten bei Paralysis progressiva. Wien. klin Wschr. Nr. 40.

76. *Geißler*, *W.* (Stettin), Über Blut in der Spinalflüssigkeit. Münch. med. Wschr. Nr. 3, S. 121.

77. *Geyer*, *L.*, Erblichkeit bei Paralyse. Inaug.-Diss. Rostock.

78. *Giese*, *H.* (Haina), Über die Scheinentzündung (pseudo neuritis) der Sehnerven, speziell bei Geisteskranken. Allgem. Ztschr. f. Psych. Bd. 70, H. 2, S. 237. (S. 202*.)

79. *Glaseock*, *A.* (Washington), The present knowledge of the status of apraxia with the study of a case. The journ. of nervous and ment. science vol. 40, no. 3, p. 145.

80. *Goldstein*. *K.* (Königsberg), Über die Störungen der Grammatik bei Hirnkrankheiten. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 34, H. 6, S. 540. (S. 198*.)

81. *Goldstein*, *M.*, Adenokarzinom der Hypophyse und progressive Paralyse. Arch. f. Psych. u. Nerv.-Krankheiten Bd. 54, H.1. (S. 180*.)



Graves, *W.* (St. Louis), Über das klinische Erkennen von sogenannten latenten Syphilitikern. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilkunde Bd. 49, H. 3.

. *Grzywo-Dabrowski*, Beitrag zur Frage der Wucherung des perivaskulären Bindegewebes bei progressiver Paralyse. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 24, H. 1. (S. 180*.)

t. *Hammond*, *Fr. S.* (Trenton N. Y.), Statistical studies in syphilis with the Wassermann reaction, with remarks on general paralysis. The americ. Journ. of insan. vol. 70, no. 1, p. 107.

). *Hartung*, *Erich* (Bernburg), Fall von Dementia paralytica und Geburt. Deutsche med. Wschr. Nr. 2.

5. *Haßmann*, *O.*, u. *Zingerle*, *H.* (Graz), Beitrag zur Kenntnis der Verlaufsformen der progressiven Paralyse. Neurol. Zentralbl. S. 10.

7. *Hauptmann*, *A.* (Freiburg), Die diagnostische Bedeutung der Lumbalpunktion. Samml. zwangl. Abhandl. auf d. Gebiete der Nerven- u. Geisteskrankheiten. Halle, C. Marhold. 235. 1 M. Bd. 10, H. 1.

8. *Hayashi*, *M.*, Histologische Studien über Eisenreaktion an der paralytischen Großhirnrinde. Neurologie Bd. 12, H. 1, S. 18. (Japanisch.)

39. *Heinicke* (Groß-Schweidnitz), Zur Kasuistik der Akromegalie. Arch. f. Psych. Bd. 51, H. 2, S. 688. (S. 193*.)

90. *Henderson*, *D. K.*, Cerebral Syphilis. Americ. Journ. of insan. no. 2, p. 281.

91. *Henneberg* u. *Westenhöfer* (Berlin), Über asymmetrische Diastematomyelie vom Typus der „Vorderhirnabschnürung" bei Spina bifida. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 33, H. 3, S. 205.

92. *Heveroch*, *A.*, Über Apraxie. Über Astoaxie. Časopis českých lékařuv 1913, p. 735. (Böhmisch.) (S. 200*.)

93. *Heveroch*, *A.*, Welche Sprachstörung hat Broca Aphemie genannt? Časopis českých lékařuv 52, 1453, 1913. (Böhmisch.) (S. 202*.)

94. *Hoche*, *A.* (Freiburg), Über die Tragweite der Spirochätenbefunde bei progressiver Paralyse. Med. Klinik Nr. 27, S. 1065. (S. 180*.)

95. *Hoffmann*, *E.*, Über den Nachweis von Syphilisspirochäten in der Hirnrinde bei Dementia paralytica durch N. Noguchi.

Dermatolog. Ztschr. Bd. 20, H. 4, Deutsche med. Wschr. Nr. 11.

96. *Jakob, A.* (Hamburg), Über Hirnbefunde in Fällen von „Salvarsantod". Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 19, H. 2, S. 189. (S. 180*.)

97. *Jakob, A.*, u. *Weygandt*, Mitteilungen über die experimentelle Syphilis des Nervensystems. Münch. med. Wschr. Nr. 37. (S. 180*.)

98. *Jaeger, K.*, u. *Goldstein, M.*, Goldsolreaktion im Liquor cerebrospinalis. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 16, H. 1—2, S. 219. (S. 189*.)

99. *Jeanselme, Vernes* et *Bloch*, Réactions humorales dans les tabès et paralysie générale. Injections sous-arachnoidiennes de neosalvarsan. Bull. Mémoires de la Soc. méd. des hôp. de Paris Ann. 29, no. 37, p. 792.

100. *Jerzycki, E.* (Pleschen), Ein Fall von juveniler Tabes mit Geistesstörungen. Wien. klin. Rundschau Nr. 22, S. 337.

101. *Jolowicz, E.* (Leipzig), Natrium nucleïnicum und Salvarsan bei progressiver Paralyse. Neurol. Zentralbl. Nr. 4.

102. *Junius, P.*, u. *Arndt, M.* (Berlin), Über die Deszendenz der Paralytiker. Ztschr. f. d. ges. Psych. u. Neurol. Bd. 17, H. 1—2, S. 303. (S. 181*.)

103. *Kaeß*, (Gießen), Progressive Paralyse nach einer Kopfverletzung. Med. Klinik. Nr. 14, S. 556.

104. *Kafka, V.* (Friedrichsberg), Beiträge zur Serologie der Erkrankungen des Zentralnervensystems. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilkunde Bd. 50. (S. 184*.)

105. *Kafka, V.* (Friedrichsberg), Über die hämolytischen Eigenschaften des Blutserums der Luiker und Metaluiker. Med. Klinik Nr. 10. (S. 191*.)

106. *Kafka, V.* (Friedrichsberg), Untersuchungen zur Frage der Entstehung, Zirkulation und Funktion der Zerebrospinalflüssigkeit. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 15. H. 4.

107. *Kafka, V.* (Hamburg), Über die Anwendung der intrakutanen Luetinreaktion nach Noguchi in der Psychiatrie. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 32, S. 391. (S. 185*.)

108. *Kaplan, D. M.* (New York), Analyse der Spinalflüssigkeit und des

Blutserums in ihrer Bedeutung für die Neurologie. Deutsche med. Wschr. Nr. 22, S. 1035.

109. *Kawezynski*, *E.*, Die historische Entwicklung der allgemeinen Paralysefrage. Inaug.-Diss. Rostock.

110. *Kehrer*, *F. A.* (Kiel), Beiträge zur Aphasielehre mit besonderer Berücksichtigung der amnestischen Aphasie. Habilitationsschrift Kiel. Berlin, L. Schuhmacher. 197 S.

111. *Kipiani*, *M. V.*, Ambidextrie. (Étude expérimentale et critique.) Arch. internat. de Neurol. no. 3, p. 158.

112. *Kirchberg*, *Paul* (Frankfurt a. M.), Zur Frage der Häufigkeit der Wassermann-Reaktion im Liquor cerebrospinalis bei Paralyse. Arch. f. Psych. u. Neurol. Bd. 50, H. 3, S. 621.

113. *Klebelsberg*, *E. v.* (Hall i. Tirol), Beitrag zur Kasuistik der Zysten der weichen Hirnhäute. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 17, H. 4, S. 485. (S. 194*.)

114. *Klein*, *W.*, Zur Symptomatologie der Kleinhirntumoren. Inaug.-Diss.

115. *Klien*, Über das Verhältnis zwischen Wassermann- und Eiweißreaktion in der Zerebrospinalflüssigkeit der Paralytiker. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 14, S. 97.

116. *Klieneberger*, *O.*, Optikusatrophie bei Gehirnarteriosklerose. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 33, H. 6, S. 519. (S. 193*.)

117. *Krasser*, *K.* (Klosterneuburg), Ätiologische Studie zum Problem der progressiven Paralyse. Wien. klin. Wschr. Nr. 3, S. 33, Nr. 4, S. 50, Nr. 5, S. 65.

118. *Krüger*, *Hermann* (Königslutter), Hirngewicht und Schädelkapazität bei psychischen Erkrankungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 17, H. 1, S. 80. (S. 198*.)

119. *Lafora*, *G. R.* Zur Histopathologie der juvenilen Paralyse mit Mitteilung zweier Fälle. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 15, S. 281.

120. *Laignel-Lavastine*, *M.*, et *Jonesco*, *V.*, Recherches histologiques sur l'hypophyse des psychopathes. L'Encéphale, Janv., p. 25.

121. *Lampe*, *C.* (Chemnitz), Arteriosklerose — Spätparalyse und Unfall. Inaug.-Diss. Göttingen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. H. 4, Bd. 33.

122. *Levaditi*, *C.*, *Marie*, *A.*, et *Bankowski*, *J.* (Paris), Le tréponème

dans le cerveau des paralytiques généraux. Annal. de l'instit. Pasteur Nr. 7, p. 577. (S. 189*.)

123. *Lenz*, *Fr.* (Freiburg i. B.), Über die Häufigkeit der syphilitischen Sklerose der Aorta relativ zur gewöhnlichen Atherosklerose und zur Syphilis überhaupt. Med. Klinik Nr. 24, S. 955. (S. 189*.)

124. *Liepmann*, *H.* (Berlin), Motorische Aphasie und Apraxie. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 34, H. 6, S. 485. (S. 200*.)

125. *Lomer*, *G.* (Strelitz), Heilversuche bei zwei Fällen von luischer Spätform. Allgem. Ztschr. f. Psych. Bd. 70, H. 1, S. 135. (S. 199*.)

126. *Lang*, *Ed.*, Un cas d'aphasie par lésion de l'hemisphère gauche chez un gaucher (Aphasie croisée et aphasie dissociée). L'Encéphale no. 6, p. 250.

127. *Lucangeli*, *G. L.*, Paralysis post tabem. Attennarsi dei fenomeni somatici con aggravamento di quelli demenziali. Il Policlinico.

128. *Lucangeli*, *G. L.*, Encéphalite aigue avec amentia hallucinatoire grave. Bull. de la Soc. clin. de méd. mentale no. 5, p. 228.

129. *Marchand*, *L.*, et *Petit*, *G.*, Tremblement clonique unilatéral au cours d'une paralysie tabétique. Bull. de la Soc. clin. de méd. mentale no. 6, p. 256.

130. *Marchand*, *L.*, et *Dupony*, *K.*, Sclérose latérale amyotrophique posttraumatique et troubles mentaux. Bull. de la Soc. clin. de méd. mentale no. 4, p. 174.

131. *Marcus*, *O.* (Augsburg), Über klinische Diagnose und pathologische anatomische Befunde bei Paralyse. Arch. f. Psych. Bd. 52, H. 3.

132. *Margulis*, *M. S.* (Moskau), Pathologische Anatomie u. Pathogenese der Ependymitis granularis. Arch. f. Psych. Bd. 52, H. 2.

133. *Margulis*, *M. S.* (Moskau), Über ependymäre Gliomatose der Hirnventrikel. Arch. f. Psych. u. Nervenheilk. Bd. 50, H. 3, S. 789.

134. *Mailhouse*, *M.*, u. *Verdi*, *Wm. F.*, Cerebellar tumor, glioma operation, recovery. Journ. of. nerv. and mental disease no. 5, p. 303.

135. *Marie* et *Levaditi*, Essais de traitement de la paralysie générale



par l'application du néo-salvarsan dans le canal rachidien. Bull. et Mémoire de la Soc. méd. des hôp. de Paris vol. 29, no. 35, p. 675.

136. *Marie, A., Levaditi, C.,* et *Brankowski, J.,* Présence du Treponema pallidum dans trois cervaux de paralytiques généraux. Bull. et Mémoire de la Soc. méd. des hôp. de Paris no. 1, p. 881.

137. *Marie, A.,* Les aliénations mentales dites parasyphilitiques. Revue de Psych. et de Psychol. exp. no. 11, p. 458. (S. 188*.)

138. *Marie, A.,* Sur les aliénations mentales d'origine syphilitique et parasyphilitiques. Arch. de Neurol. no. 3, p. 137. (S. 188*.)

139. *Marie, A.* (Paris), Der Mystizismus in seinen Beziehungen zur Geistesstörung. Übersetzungen von Oberarzt Dr. G. Lomer-Alt-Strelitz. Leipzig. J. A. Barth. 250 S. 5 M.

140. *Marinesco, G.,* et *Minea, J.,* Présence du Treponema pallidum dans un cas de méningite syphilitique associée à la paralysie générale et dans la paralysie générale. Revue neurol. no. 9, p. 581.

141. *Marinesco, G.,* et *Minea, J.,* A propos de la présence du Treponema pallidum dans le cerveau des paralytiques généraux. Revue neurol. no. 10, p. 661.

142. *Markus, Otto,* Über klinische Diagnose u. pathologisch-anatomische Befunde bei Paralyse. Arch. f. Psych. Bd. 52, H. 3, S. 1116.

143. *Markus, O.* (Frankfurt a. M.), Ein Fall von diffuser Sarkomatose der Pia mater. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 51, H. 1, S. 322.

144. *Martens, H.* (Eggendorf), Klinische und serologische Untersuchungen über die diagnostische Bedeutung der Weil-Kafkaschen Hämolysinreaktion im Liquor cerebrospinalis. Deutsche Ztschr. f. Nervenkrankh. Bd. 49, H. 3. (S. 186*.)

145. *Marnyama, H.,* Diagnostisch verwertbare Reaktion der Spinalflüssigkeit bei Paralytikern. Wien. klin. Wschr. Nr. 30.

146. *Mattauschek, E.* (Wien), Salvarsan und Nervensystem. Med. Klinik Nr. 14, S. 526.

147. *Mattauschek, E.* und *Pilcz, A.* (Wien), Über die weiteren Schicksale 4134 katamnestisch verfolgter Fälle luetischer Infektion. Med. Klinik Nr. 38, S. 1544.



148. *Meyer*, *A.*, New formation of nerve celles in an isolated part of nervous portion of the hypophysis tumor in a case of acromegaly with diabetes, with discussion of the hypophysis tumors found so far. Worcester State hospital papers 1912/13, p. 121—136; The americ. Journ. of insan. vol. 69, no. 4, p. 653.

149. *Meyer*, *E.* (Königsberg), Zur Behandlung der Paralyse. Deutsche med. Wschr. Nr. 2.

150. *Mignot*, *R.*, Les rémissions dans la paralysie générale. La clinique, 13. Juin.

151. *Mingazzini* (Rom), Über den Verlauf einiger Hirnbahnen und besonders der motorischen Sprachbahnen. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 51, H. 1, S. 256.

152. *Moerchen*, *Fr.* (Ahrweiler), Zur Frage der „Lues nervosa“. Med. Klinik Nr. 43. (S. 188*.)

153. *Moore*, *J. W.*, Über das Vorhandensein des Treponema pallidum im Gehirn bei progressiver Paralyse. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 16, H. 1 u. 2. (S. 190*.)

154. *Moreira* u. *Vianna*, Die allgemeine progressive Paralyse bei Greisen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 18, S. 187. (S. 190*.)

155. *Moretti*, *Antonio*, Sul valore terapeutico del nucleinato di Sodio nella paralisi progressiva e nella demenza praecoce. Rassegna di studi psich. Jan. fasc. 4, p. 269.

156. *Mott*, *F. M.* (London), Neurondegeneration bei Tabes und Paralyse. British med. Journ. 15. hv.

157. *Näcke*, *P.*, Der endogene Faktor in der Pathogenese der Paralyse. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 18, H. 3, S. 280. (S. 188*.)

158. *Neue*, *H.*, u. *Vorkastner*, *W.* (Greifswald), Diagnostische Vorteile u. Erschwerungen durch die Wassermannsche Reaktion. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 34, H. 2, S. 117. (S. 188*.)

159. *Nieuwenhuijse*, *P.*, Zur Kenntnis der tuberösen Hirnsklerose und der multiplen Neurofibromatosis und über die behauptete enge Verwandtschaft dieser beiden Krankheiten. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 24, H. 1. (S. 200*.)

160. *Nikols*, *H. J.*, and *Hough*, *W. H.* (Washington), Demonstration of Spirochaeta pallida in the cerebral fluid from a patient with



nervous relapse following the use of Salvarsan. Journ. of the Americ. méd. Assoc. vol. 60, p. 108.

61. *Noethe*, Über einen Fall von motorischer Apraxie. Arch. f. Psych. Bd. 52, H. 3.

62. *Noguchi*, *H.*, Dementia paralytica und Syphilis. Berl. klin. Wschr. S. 1884. (S. 185*.)

63. *Noguchi*, *H.* (New York), Studien über den Nachweis der Spirochaeta pallida im Zentralnervensystem bei der progressiven Paralyse und bei Tabes. Münch. med. Wschr. Nr. 14. (S. 191*)

164. *Nonne* (Eppendorf), Der heutige Standpunkt der Lues-Paralyse-Frage. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 49, H. 4—6. (S. 181*.)

165. *Nonne*, *M.* (Hamburg), Diagnose und Therapie der syphilogenen Erkrankungen des Zentralnervensystems. C. Marhold. Halle. 47 S. 1,50 M.

166. *Nouet*, *H.*, Syndrome confusionel au cours de l'arteriosclérose cérébrale. L'Encéphale no. 12, p. 526.

167. *Nouet* (Washington), Presbiophrenia of Wernicke and psychopolyneuritis. The Alienist and Neurologist vol: 34, no. 2, S. 141.

168. *Obersteiner*, *H.*, Über pathologische Veranlagung am Zentralnervensystem. Wien. klin. Wschr. 26, Nr. 14. (S. 200*.)

169. *Orton*, *S. T.* (Mass.), Some technical methode for the routine examination of the brain from cases of mentaldisease. Worcester state hospital papers 1912/13, p. 85—93.

170. *Paine*, *H. L.* (Canvers, Mass.), A statistical study of remissions in general paralysis. Boston med. and surg. journ. vol. 168, p. 684.

171. *Pâris*, *Alex*, Traumatisme et paralysie générale progressive. Le bulletin médical no. 37, p. 436.

172. *Peluáš*, Dysarthrie mit Dysgraphie. Časopis českých lékařuv 52, 1047, 1913. (S. 201*.)

173. *Petrow*, *E.* (Moskau), Korsakowscher Symptomenkomplex bei drei Fällen von progressiver Paralyse. Arbeiten aus der psych. Klinik zu Moskau herausgegeb. v. Th. Rybakow, Nr. 1, S. 147. (Russisch.)

174. *Pfersdorff* (Straßburg), Über Beziehungen der transkortikalen



Aphasie zu den Sprachstörungen Geisteskranker. Allgem. Ztschr. f. Psych. Bd. 70, H. 1, S. 168. (S. 199*.)

175. *Pflüger*, *H.* (Hamburg), Ein Beitrag zur Differentialdiagnose zwischen den syphilitischen Erkrankungen: progressive Paralyse und Tabes dorsalis und dem Alkoholismus chronicus mit besonderer Berücksichtigung der „4 Reaktionen". Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 46, H. 3, S. 242.

176. *Pflüger*, *Hans* (Hamburg), Ein Beitrag zur Differentialdiagnose zwischen der syphilitischen Erkrankungen: progressive Paralyse und Tabes dorsalis und dem Alkoholismus chronicus mit besonderer Berücksichtigung der „4 Reaktionen" auf Grund von 15 klinisch beobachteten Fällen. Inaug.-Diss.

177. *Pick*, *A.*, Die agrammatischen Sprachstörungen. Studien zur psychologischen Grundlegung der Aphasielehre. I. Teil. Berlin, Jul. Springer. 291 S. 14 M.

178. *Plaut*, *F.*, Über Halluzinosen der Syphilitiker. Heft 6 der Monographien aus dem Grenzgebiet der Neurologie u. Psych. herausgegeben von Alzheimer u. Lewandowsky. Berlin, Julius Springer. 116 S. 5,60 M. (S. 191*.)

179. *Plaut*, *Rehm* u. *Schottmüller*, Leitfaden zur Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit. Jena, G. Fischer. 150 S. 21 Tafeln. 8,50 M.

180. *Puillet*, *P.*, Paralysie générale sénile. Bull. de la Soc. clin. méd. mentale no. 7, p. 311.

181. *Raecke* (Frankfurt a. M.), Zur Salvarsanbehandlung der progressiven Paralyse. Deutsche med. Wschr. Nr. 28, S. 1349. (S. 189*.)

182. *Raecke* (Frankfurt a. M.), Die Frühsymptome der arteriosklerotischen Gehirnerkrankung. Neurologia Bd. 12, H. 4. (Japanisch.)

183. *Raisky*, *Chaim*, Die hysterischen Störungen bei der multiplen Sklerose. Inaug.-Diss. Königsberg.

184. *Ramdohr*, *P. Fr.*, Beitrag zur Kasuistik der Kleinhirn-Brückentumoren. Inaug.-Diss. Heidelberg.

185. *Rein*, O., Cysticercus racemosus fossae Sylvii. Deutsche med. Wschr. 1914, Nr. 7. (S. 193*.)

186. *Remond*, *A.*, et *Roger Sauvage* (Toulouse), Évolution rapide d'une



paralysie générale alcoolique. Ann. médico-psycholog. no. 6, p. 669.

7. *Reusch*, *W.* (Stuttgart), Ein Fall von Exitus nach Lumbalpunktion. Med. Klinik Nr. 26, S. 1041. (S. 196*.)

38. *Rezza*, *A.*, e *Vedrani*, *A.*, Reperti istologici in un caso di paralysie generale giovanile. Rivista Italiana di neuropatia e elletroterapeutica 6, fasc. 6, p. 254.

89. *Robertson*, *George M.* (Edinburgh), The Morison Lectures: General paralysis of the insane. The Journ. of ment. science vol. 59, no. 245, p. 185.

90. *Roger*, Le liquide céphalo-rachidien dans la syphilis et la parasyphilis nerveuses. La presse médicale no. 31.

91. *Roger-Mignot*, Les rémissions dans la paralysie générale. La Clinique no. 24, p. 375.

.92. *Rogues de Fursac* et *Genil-Perrin*, Étude statistique sur les antécédants héréditaires des paralitiques généraux. Ann. médico-psychol. no. 1 (Juin) p. 5.

193. *Röper*, *E.* (Jena), Nach Palliativtrepanation regressiv gewordener basaler Hirntumor. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 34, H. 5, S. 470. (S. 194*.)

194. *Rothmann*, *M.* (Berlin), Zur Frage der kombinierten Strangerkrankungen des Rückenmarks. Neurol. Zentralbl. Nr. 21.

195. *Rothmann*, *M.* (Berlin), Die Funktion des Mittellappens des Kleinhirns. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 34, H. 5. (S. 196*.)

196. *Salin* et *Azemar*, Résultat negatif du traitement spécifique preventif chez un paralytique général. Bull. de la Soc. clin. de méd. mentale no. 7, p. 321.

197. *Schäfer*, *Johannes*, Über Gravidität im Verlaufe der progressiven Paralyse. Inaug.-Diss. Kiel.

198. *Schaller*, *W. F.* (San Francisco), A report on the analysis of the cerebrospinal fluid with clinical notes in 109 cases of disease of the nervous system not including the acute meningal affections. Journ. of nerv. and ment. disease 40, no. 8, p. 489.

199. *Schlüchterer*, *B.* (Chemnitz), Eine bequeme Methode zur Darstellung der Zellen des Liquor cerebrospinalis. Neurol. Zentralbl. Nr. 7, S. 420.



200. *Schönborn*, *S.*, u. *Cuntz*, *W.*, (Heidelberg) Zur Frage der „Parasyphilis“. Deutsche med. Wschr. Nr. 12, S. 542.

201. *Schubert*, *E. v.* (Altona), Patientenserum als Vehikel für Neosalvarsan. Münch. med. Wschr. Nr. 52.

202. *Schulz*, *J. H.* (Chemnitz), Zur Statistik der somatischen, insbesondere serologischen Symptome der progressiven Paralyse. Neurol. Zentralbl. Nr. 16, S. 1010.

203. *Schultz*, *J. H.* (Chemnitz), Zur diagnostischen Bedeutung der Wassermannschen Reaktion. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 15, H. 5, S. 631.

204. *Schultze*, *Friedrich*, Zur Frage der Heilbarkeit der Dementia paralytica. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. S. 714.

205. *Schweyer*, *Hugo*, Zur Kasuistik seltener Gehirntumoren (ein Fall von Haemangioma cavernosum im Großhirn). Inaug.-Diss. Tübingen.

206. *Seelert* (Berlin), Fall von paranoidem Krankheitsbild im Präsenium. Allgem. Ztschr. f. Psych. Bd. 70, H. 5, S. 864. (S. 193*.)

207. *Seige*, *Max* (Partenkirchen), Neue Arbeiten zur Pathologie und Therapie der progressiven Paralyse. Med. Klin. Nr. 38, S. 1556; Nr. 39, S. 1604, Nr. 40, S. 1647.

208. *Serejsky*, *Mare*, Untersuchungen über den Stoffwechsel bei der progressiven Paralyse. IV. Über die Hippursäuresynthese. Inaug.-Diss. München.

209. *Shimoda*, *M.*, Übersicht der im Jahrgange 1911/12 im Tokioer psychiatrischen Institut untersuchten, pathologisch-anatomischen Materiale. Neurologia Bd. 12, H. 1, S. 41, H. 3, S. 151. (Japanisch.)

210. *Shimoda*, *M.*, Über den fleckweisen Markfaserschwund in der Hirnrinde bei der progressiven Paralyse. Neurologia Bd. 12, H. 8.

211. *Shukow*, *N. A.*, Über die Behandlung der progressiven Paralyse und Tuberkulininjektionen nach *Wagner*, Russki Wratsch 1913, Nr. 24. (Russisch.) (S. 186*.)

212. *Sicard* et *Reilly*, Paralysie générale. Réaction de Wassermann et Salvarsan. Bull. et Mémoires de la Soc. méd. des hôp. de Paris 29, no. 36, p. 761.



. *Sichel, M.*, Die progressive Paralyse bei den Juden. Arch. f. Psych. Bd. 52, H. 3, S. 1030.

. *Siegrist, R.*, Nervöses Fieber bei Tabes dorsalis. Münch. med. Wschr. Nr. 49, S. 2726.

). *Singer, K.* (Berlin), Zur Klinik der Augenmuskellähmungen, besonders der Lähmungen arteriosklerotischen Ursprungs. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 34, H. 1, S. 60.

5. *Southard, E. E.*, A series of normal looking brains in psychopathic subjects. Worcester state hospital papers 1912/13, p. 157 bis 172; the americ. Journ. of insan. vol. 69, no. 4, p. 689.

7. *Stargardt* (Kiel), Sehnervenschwund bei Tabes und progressiver Paralyse. Arch. f. Psych. Bd. 51, H. 3. (S. 192*.)

8. *Stauffenberg, von* (München), Der Wandel der Anschauungen über Gehirnlokalisation. Münch. med. Wschr. Nr. 44, S. 2466.

9. *Steiner* (Straßburg), Zwei Fälle Friedreichscher hereditärer Ataxie. Allgem. Ztschr. f. Psych. Bd. 1, H. 1, S. 170. (S. 199*.)

0. *Steiner, G.*, Histopathologische Befunde am Zentralnervensystem syphilitischer Kaninchen. Deutsche med. Wschr. 1913, Nr. 21. (S. 190*.)

21. *Steiner, G.* (Straßburg), Moderne Syphilisforschung und Neuropathologie. (S. 190*.)

22. *Šiěrba*, M. Über reine Alexie. Časopis českých lékařuv 52, 1321, 1913. (S. 201*.)

23. *Sweasey Powers, W. J.*, Ein Fall von Angioma cavernosum des Gehirns. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 16, H. 3—4, S. 487.

24. *Szabo, J.*, Über Fermentwirkungen des Liquor cerebrospinalis bei verschiedenen Geisteskrankheiten. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 17, H. 2—3, S. 145. (S. 201*.)

225. *Szecsi, St.* (Frankfurt a. M.), Eine neue Methode des Liquor cerebrospinalis. Deutsche med. Wschr. Nr. 52, S. 2559.

226. *Takeuchi, K.*, Ein Fall von Dementia paralytica infantilis. Neurol. Bd. 12, H. 2, S. 73. (Japanisch.)

227. *Tamarin, A.*, Zur Kentnis der arteriosklerotischen Psychosen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 19, H. 5, S. 497. (S. 192*.)

228. *Tetzner* (Leipzig), Hydrozephalus und Gehirnerschütterung. Mtschr. f. Unfallheilk. Nr. 10.

229. *Theobald*, *Max* (Eglfing), Zur Abwehrfermentreaktion bei der progressiven Paralyse. Med. Klinik Nr. 45, S. 1850. (S. 191*.)

230. *Todt*, *K.* (Straßburg i. E.), I. Beobachtungen über Aphasie. Sprach- und Schreibstörungen eines Falles von sensorischer Aphasie. Klinik f. psych. u. nervöse Krankheiten Bd. 8, H. 3, S. 191.

231. *Többen*, *M.* (Oberhausen), Motorische Aphasie als einzige unmittelbare Folge nach einem Schädeltrauma. Deutsche med. Wschr. Nr. 26, S. 1246.

232. *Treadway*, *W. L.* (Jacksonville), The presenile psychoses. The Journ. of nerv. and ment. disease vol. 40, no. 6, S. 375.

233. *Trénel*, Symphase ménnigée fibreüse des lobes ponteaux dans un cas de paralysie générale. Bull. de la Soc. clin. de méd. ment. no. 6, p. 278.

234. *Trömmer* u. *Jakob*, Epidiphterische Bulbärlähmung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 15. (S. 197*.)

235. *Ulrich*, *M.*, Klin. Beiträge zur Lehre vom angeborenen Kernmangel. Jena. G. Fischer. 74 S. 2,50 M. (S. 197*.)

236. *Veress*, *F. v.*, u. *Szabo*, *J.*, Wert und Bedeutung der Karvonenschen Reaktion für die Diagnose der Syphilis und der progressiven Paralyse. Arch. f. Psych. Bd. 51, H. 1, S. 223. (S. 186*.)

237. *Versée*, *Max*, Über das Vorkommen der Spirochaete pallida bei früh- und spätsyphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems. Münch. med. Wschr. S. 2446.

238. *Vidoni*, *G.*, Su le alterazioni aortiche negli alienati giovani. Quaderni di psichiatria.

239. *Vidoni*, *G.*, A proposito dell' aortite nei paralitici generali. Rivista sperimentale di Freniatria fasc. 2, p. 472—482.

240. *Vigourour* et *Herisson-Lagarre*, Cysticerose cérébrale et paralysie générale. Le Caducée no. 22, p. 302.

241. *Volk* u. *Pappenheim*, Infektiösität des Liquor cerebrospinalis bei progressiver Paralyse. Wien. klin. Wschr. S. 1824.

242. *Wagner* u. *Jauregg* (Wien), Behandlung der progressiven Paralyse mit Staphylokokkenvakzine. Wien. klin. Wschr. Nr. 39.

243. *Watson*, Unusual fertibility in syphilitic parents associated with annormalous involvement of the children. British med. Journ. 26 Apr.



. *Weber*, *L. W.* (Chemnitz), Commotio cerebri mit anatomischen Befunden. Ärztl. Sachverst.-Ztg. Nr. 3.

·. *Weber* (Chemnitz), Anatomische Befunde bei akuten Psychosen. Allgem. Ztschr. f. Psych. Bd. 70, H. 5, S. 814. (S. 200*.)

5. *Westhoff* (Lübeck), Die progressive Paralyse — eine Rassekrankheit. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 15, H. 1 u. 2, S. 100. (S. 191*.)

7. *Westphal*, *A.* (Bonn), Über die Behandlung der progressiven Paralyse. Berl. klin. Wschr. Nr. 15, S. 669.

8. *Westphal*, *A.* (Bonn), Beitrag zu der Lehre von der Pseudosklerose (Westphal-Strümpell) insbesondere über ihre Beziehungen zu dem eigenartigen durch Pigmentierungen, Leberzirrhose, psychische und nervöse Störungen ausgezeichneten Krankheitsbild (Fleischer). Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 51, H. 1, S. 1. (S. 198*.)

9. *Weygandt* u. *Jakob*, Experimentielle Syphilis des Zentralnervensystems. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 51. (S. 187*.)

0. *White*, *E. B.*, The bacteriological examination of the urine in some cases of general paralysis. The journ. of ment. science no. 247. p. 596.

51. *Whitney*, *R. L.*, Report of a case of a large endothelioma of the frontal region of the brain. Worcester state hospital papers 1912/13, p. 173—181; The americ. journ. of insan. vol. 39, no. 4, p. 705.

52. *Wimmer*, *A.*, u. *Hall*, *A. Chr.*, (Kopenhagen) Untersuchungen über die diffuse Sarkombildung im Zentralnervensystem. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 16, H. 3—4, S. 497.

53. *Witte* (Bedburg), 1. Rückenmarksveränderung in einem Fall von perniziöser Anämie. 2. Ein Fall von Atrophie olivo-pontocerébélleuse. Allgem. Ztschr. f. Psych. Bd. 70, H. 1, S. 178. (S. 200*.)

254. *Wolff*, *R.* (Hamburg), Die Areflexie der Cornea bei organischen Nervenkrankheiten. Arch. f. Psych. Bd. 52, H. 2.

255. *Wree*, *H.*, Ein Fall von Tumor cerebri. Inaug.-Diss. Kiel. (S. 194*)

256. *Yoshikawa*, *J.*, Zwei Fälle von Neurorezidiven nach Salvarsaninjektion, die unter dem Bilde eines Kleinhirn-Brückentumors auftraten. Neurol. Bd. 12, H. 9.



257. *Ziehen, Th.*, Mikroskopische Anatomie des Gehirns. 1. T. IV. Bd. 2. Abtl. 1. Teil des Handbuches der Anatomie herausgegeben von Kurt v. Bardeleben. Jena. G. Fischer. 338 S.
258. *Zingerle, H.* (Graz), Über Störungen der Wahrnehmung des eigenen Körpers bei organischen Gehirnerkrankungen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 34, H. 1, S. 13.
259. *Ziveri, A.*, Nuovo contributo per la „malattia di Alzheimer". Rassegna di studi psichiatrici 3, fasc. 3, p. 187.

1. Progressive Paralyse und syphilitische Erkrankungen des Zentralnervensystems.

Benon und *Cier* (19) ignorieren bei ihren differentialdiagnostischen Erwägungen zwischen Neurasthenie und Paralyse die Fortschritte der Serologie.

Donath (55) spricht über seine Erfahrungen bei der Behandlung der Tabes und Paralyse. Er wendet vor allem intravenöse Salvarsaninjektionen und Enesol an. Er erwähnt auch die Leukozytenbehandlung nach *Döllken*.

O. Fischer (64) behandelt hauptsächlich auf Grund der Arbeiten anderer Autoren die Frage der Lues nervosa. Er kritisiert das vorhandene Material sehr eingehend und kommt schließlich zu der Anschauung, daß eine Lues nervosa tatsächlich besteht.

Goldstein (81). Der interessante Fall *Goldsteins* weist auf die innersekretorischen Vorgänge hin, die heute durch die *Abderhalden*schen Untersuchungen der Aufklärung entgegenzugehen scheinen.

Grzywo-Dabrowski (83) beschreibt drei Fälle von progressiver Paralyse mit starker netzartiger und besenartiger Wucherung des Adventitialbindegewebes.

Hoche (94) betont, daß der Nachweis der Spirochaeta pallida am Gehirn von Paralytikern die schwierigsten Punkte der Paralysefrage noch nicht geklärt hat. *H.* hält die toxische Beeinflussung des Gehirns für ausschlaggebend und hält es für unmöglich, daß die chronisch degenerativen Veränderungen im Zentralorgan von den dort lokalisierten Spirochäten unmittelbar abhängen sollten.

Jakob (96) hat drei Fälle von Salvarsantod untersucht. Er kommt vor allem auf Grund der eingehenden anatomischen Untersuchung zu dem Schluß, daß es sich bei den Todesfällen nicht um eine toxische Wirkung des Salvarsans handelt, sondern um eine ungünstige Reaktion auf einen syphilitischen Krankheitsprozeß. Es handelt sich nicht um ein Versagen der Niere, wie *Wechselmann* annahm, sondern um meningeale und zerebrale luetische Veränderungen. Das Wesen der Salvarsantodesfälle steht dem der Neurorezidive sehr nahe. Bei den drei beschriebenen Fällen boten Meningen und Zerebrum auf die Einwirkung des Salvarsans hin reaktive und degenerative Erscheinungen.

Die von *Jakob* und *Weygandt* (97) an Affen und Kaninchen ausgeführten Versuche ergaben im wesentlichen folgende Ergebnisse: Auch die Tiersyphilis neigt im allgemeinen zur Generalisierung des Virus. Das zentrale und periphere

Nervensystem werden relativ frühzeitig — zunächst im Sinne einer Meningealinfektion — ergriffen. Die Befunde haben das Gemeinsame, daß es sich um schwere entzündliche infiltrative Prozesse handelt, welche in den mesodermalen Hüllen und den Gefäßen des gesamten Nervensystems ihre ursprüngliche Lokalisation finden und von da aus das Nervenparenchym selbst angreifen. Die infiltrativen Elemente bestehen in der Hauptsache aus Lymphozyten, Plasmazellen und Polyblasten. Wichtig sind die beobachteten herdförmigen Prozesse: Granulationsherde mit großen Mengen von Plasmazellen, denen der Charakter von Tumoren zukommt, und herdförmige Ansammlungen von Plasmazellen in der Umgebung stark infiltrierter Gefäße, die zu schweren degenerativen und proliferatorischen Vorgängen im benachbarten nervösen Gewebe geführt haben.

Junius und *Arndt* (102) haben an einem großen Material die Deszendenz der Paralytiker studiert. Unter den Ergebnissen sind folgende besonders zu erwähnen. Die Zahl der kinderlosen Ehen ist bei den Paralytischen sehr viel größer als bei der gesunden Bevölkerung, und zwar ist dies in viel stärkerem Maße der Fall, wenn die Frau, als wenn der Mann paralytisch ist. — Die durchschnittliche Kinderzahl einer Paralytikerehe ist um 1,5 Kinder geringer als die mittlere Kinderzahl einer Ehe der Gesamtbevölkerung. — In den Ehen der paralytischen Frauen sind die Prozentzahlen der lebenden Kinder viel niedriger als in denen der paralytischen Männer. — Die Familien der Paralytischen haben, in toto betrachtet. die Tendenz zum Aussterben. — Die Zahl der Totgeburten ist in den Familien der Paralytischen etwa doppelt so hoch, als bei der Gesamtbevölkerung. Ähnlich liegt es mit der Zahl der Aborte. Im allgemeinen erweist sich die Paralyse der Frau als für die Nachkommenschaft verderblicher gegenüber der Paralyse des Mannes. — Als Ursache der schlechten Geburtsverhältnisse in den Ehen der Paralytiker und Tabiker kommt wesentlich oder nur die Syphilis in Betracht. — Über die qualitative Beschaffenheit der Paralytikerdeszendenz ist ein abschließendes Urteil noch nicht möglich. Aus einem erheblichen Teil der Paralytikerehen gehen nerven- und geisteskranke Kinder hervor. Die angeborenen geistigen Schwächezustände in ihren verschiedenen Intensitätsgraden bilden ein besonders häufiges Vorkommnis bei der Paralytikerdeszendenz. Am häufigsten finden sich organische Affektionen des Gehirns, an denen die Kinder meist in frühen Jahren zugrunde gehen. Ein großer Teil der Paralytikerkinder bleibt geistig und körperlich gesund. Ob die Paralyse als solche selbst Schädigungen nervöser oder psychischer Natur bei der Deszendenz hervorruft, ist zweifelhaft. Wahrscheinlich werden diejenigen Kinder, welche der syphilitischen Infektion zeitlich am nächsten geboren sind, am meisten psychoneurotisch geschädigt.

Einleitend bespricht *Nonne* (164) in seinem Vortrag über den heutigen Stand der Lues-Paralysefrage, ihre geschichtliche Entwicklung, von der Lehre der Parasyphilis, von der Vergiftungstheorie, über den Nachweis der Lymphozytose zu den Ergebnissen der *Wassermann*schen Reaktion und der *Abderhalden*schen Abbaumethode. Eingehend spricht er dann von den wesentlichen, prinzipiell wichtigen Unterschieden zwischen Lues cerebrospinalis und der Tabes resp. Paralyse. Weder die klinischen Erscheinungen noch die Ergebnisse der anatomischen Untersuchungen



oder die therapeutischen Erfahrungen lassen einen prinzipiellen Unterschied gegenüber anderen syphilogenen Erkrankungen erkennen. — *Nonne* berichtet weiter über die Erfahrungen, welche systematische Untersuchungen in Familien von Tabikern und Paralytikern gebracht haben. Sie alle sprechen für die Annahme, daß Tabes und Paralyse noch aktive Lues darstellen, er betont, daß die Resultate der durch Jahre sich hinziehenden Forschungen immer mehr zu dem Endresultat hindrängten, daß Paralyse und Tabes durch den Erreger der Syphilis selbst hervorgerufen würden. Diese Forderung wurde schließlich erfüllt durch *Noguchis* Entdeckung. Tabes und Paralyse sind als Spirillosen des Gehirns und Rückenmarks zu bezeichnen. Die früher schwebenden Fragen, ob eine frühere Syphilis unbedingte Voraussetzung für die spätere Tabes und Paralyse sei, und ob noch Syphilis bestände, während Tabes und Paralyse sich abspielen, sind heute mit Ja zu beantworten. Die Paralyse ist eine Erkrankung des gesamten Nervensystems. Tabes und Paralyse sind nicht Nachkrankheiten der Syphilis, sondern folgen einer Vergiftung seitens der aktiv am Nervensystem sich betätigenden Spirochäten. *Nonne* beschäftigt sich dann weiter mit der immer wieder auftauchenden Frage der Lues nervosa. Beweise für die Annahme einer besonderen Rasse der Spirochäten fehlen bis heute. Sie können erst erbracht werden, wenn die Lebensbedingungen der Spirochäta näher studiert sind. Daß die neuropathische Anlage, der Alkohol, Strapazen eine wesentliche Rolle in der Entstehung von Tabes und Paralyse spielen, glaubt *N.* nicht. Er begnügt sich einstweilen noch mit der Feststellung der Tatsache, daß eine Reihe von Individuen nach syphilitischer Infektion nervenkrank werden. — Neuere Untersuchungen ergaben dann weiterhin, daß schon recht frühzeitig die Meningen ergriffen sein können. Es ist anzunehmen, daß bei der Infektion mit Syphilis der ganze Organismus, auch die Meningen von Spirochäten angegriffen werden. Bei einer gewissen Anzahl von Personen werden nun die Meningen geradezu bevorzugt. Mit der Sammlung dieser neuen Erkenntnisse ist das Wesen der Tabes und Paralyse aber noch nicht erkannt. Wenn die Frage erhoben wird, wie es kommt, daß das Krankheitsbild ein so typisches ist, so muß geantwortet werden: Die Krankheiten sind nur für die klassischen Fälle typisch, für eine große Minorität aber atypisch. Für die klassischen Paralyse ist anzunehmen, daß die Spirochäten durch die Arteria cerebri anterior eingeschwemmt wurden, für die Tabesfälle, daß die Spirochäten auf dem Wege der perineuralen Lymphräume der hinteren Wurzeln und der Pia des Rückenmarks eingedrungen sind. *Nonne* hebt hervor, daß man auch heute noch das Vorhandensein eines Giftes annehmen muß, das in Intervallen produziert wird und das Nervensystem angreift. Vielleicht hat ein Gift eine spezielle Vorliebe für bestimmte Gehirnteile. Damit wäre auch die oft festgestellte Inkongruenz zwischen der Schwere der klinischen Erscheinungen und dem anatomischen Befunde geklärt. Schließlicu äußert sich *N.* noch über die Therapie. Für die primäre, sekundäre und tertiäre Lues tritt die chronisch intermittierende Behandlung über Jahre hinaus in Kraft. Die Therapie der „metasyphilitischen" Erkrankungen ist noch nicht festgelegt; sie befindet sich noch im Stadium des Versuchs und erst eine über Jahre sich erstreckende kritische Beobachtung wird entscheidend wirken.



Bisgaard (26) hat sehr eingehende Untersuchungen über die Eiweiß- und Stickstoffverhältnisse des Liquor cerebrospinalis gemacht und dabei den chemischen Grundlagen viel Raum gewidmet. Von den Ergebnissen seiner Untersuchungen seien erwähnt: Bei progressiver Paralyse wird mit zunehmenden Eiweißwerten in der Regel ein steigender prozentischer Anteil des Eiweißes durch Ammoniumsulfat in halbgesättigter Lösung gefällt; dieses ist bei Tumor cerebri, Lues cerebri und akuten meningischen Leiden nicht der Fall.

Das Eiweiß der Phase I ist in seinen Eigenschaften mit dem Serumglobulin, das Eiweiß der Phase II mit dem Serumalbumin verwandt. In der Phase II können jedoch auch Substanzen vorkommen, die ähnliche Eigenschaften wie die Proteinstoffe mit niedrigeren Molekülzahlen besitzen.

Formol bildet mit den Eiweißstoffen der Spinalflüssigkeit und gewissen anderen Eiweißstoffen Verbindungen, welche die Reaktionswerte des Am_2SO_4 und der HNO_3 verändern. Der Prozeß hatte keinen bestimmten Zeitverlauf und kann als analog dem bei der Verbindung des Ammoniaks und der Formols in Gegenwart von Aminosäuren verlaufenden Prozesse, der zur Bildung von Hexamethylentetramin führt, angesehen werden. Das Phänomen scheint keine klinische Bedeutung zu haben.

Zur Bestimmung von so kleinen Stickstoffmengen, wie die in der Spinalflüssigkeit enthaltenen, kann eine Kombination der Methoden von *Kjeldahl* und *Neßler* angewandt werden.

Der Eiweißstickstoff, aus dem durch HNO_3 nachweisbaren Anteil des Eiweißes berechnet, beträgt 10—20 % des Gesamtstickstoffes. Eine bedeutende Menge von Reststickstoff wird auch nach der Ausfüllung des Eiweißes durch Trichloressigsäure gefunden, so daß alle früher angegebenen Eiweißprozente, die aus dem Gesamtstickstoff durch Multiplikation mit 6,25 berechnet wurden, als falsch angesehen werden müssen.

Die physiologischen Grenzen des Gesamtstickstoffes der Spinalflüssigkeit können vorläufig auf 0,01 % und 0,025 % veranschlagt werden. Der Reststickstoff beträgt selten weniger als 0,009 %.

Bei organischen Leiden des Zentralnervensystems steigt mit dem Eiweiß der Spinalflüssigkeit auch das Verhältnis zwischen Eiweißstickstoff und Gesamtstickstoff. Der Reststickstoff wird selten in einer 0,03 % übersteigenden Menge gefunden.

Stickstoffbestimmungen gewähren in klinischer Beziehung keinen wesentlichen Vorteil gegenüber der Eiweißbestimmung.

Ungefähr beim Eintritt der Agonie findet in der Regel eine starke Zunahme des Gesamtstickstoffs ohne gleichzeitige Vermehrung des Eiweißes statt.

Der Stickstoff und die Formolreaktion scheinen voneinander unabhängig zu sein.

Die Publikationen über die Erfahrungen mit Salvarsan wurden fortgesetzt. Unter ihnen sei zunächst die Arbeit von *Altmann* und *Dreyfus* (4) erwähnt, die sich vor allem auf die Frühlues und den Einfluß des Salvarsans auf diese bezieht. Es wurde festgestellt, daß bei der unbehandelten Lues im Frühstadium nach Aus-



schluß der Fälle, bei denen der Druck nicht bestimmt wurde, nur 16 %, bei deren Einrechnung 22 % völlig normale Liquores gefunden wurden. Das Salvarsan hatte auf den Liquordruck den Einfluß, daß er in den Fällen, in denen er vor der Behandlung erhöht war, meist zu normalen Druckwerten zurückkehrte. Wichtiger als dieser Befund war die Beeinflussung des chemisch-zytologischen Verhaltens: In allen Stadien der Frühsyphilis wurden die Liquorbefunde bei intensiver Behandlung günstig beeinflußt, in dem sie zu normalen oder fast normalen Befunden zurückkehrten. Wurden zu kleine Salvarsandosen gegeben, so verschlechterte sich das Liquorbild, um sich bei fortgesetzter Behandlung wieder zu verbessern. Die Meningorezidive *Ravauts* stehen also in Parallele zu den Neurorezidiven. Die Verf. sind der Anschauung, daß Liquorveränderungen in jedem Stadium der Lues bis zur Erreichung normaler Befunde behandelt werden müssen. Sie treten mit bester Begründung für eine energische Salvarsan-Quecksilbertherapie ein, und warnen vor allem vor einer Verzettelung der Behandlung. In einer weiteren Arbeit spricht *Dreyfus* (57) über das Neosalvarsan. Er berichtet über technische Einzelheiten und über die Einzel- und Gesamtdosierung des Neosalvarsans. Bezüglich der Wirksamkeit des Medikaments äußert er, daß bei frischer Hirnlues, Lues cerebrospinalis und Tabes die Wirkungen des Salvarsans intensivere zu sein scheinen, als die des Neosalvarsans. Ebenso war die Liquorbeeinflussung beim Altsalvarsan eine stärkere. Bei unkomplizierten syphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems ist das Altsalvarsan vorzuziehen. Dagegen empfiehlt sich das neue Präparat zur Ausführung milder Kuren, so bei luetischer Meningitis zur Einleitung, bei spezifischen Gefäßerkrankungen oder endarteriitischen Prozessen im Zerebrum.

Benedek und *Deák* (18) fanden in bezug auf die Auslösung von Immunhämolysinen: Die Hämolyse der gegen Paralytikerserum vorhandenen Immunsera ist am geringsten den roten Blutkröperchen Paralytischer gegenüber. Die Hämolyse der gegen Serum von Dementia-präcox-Kranken gebildeten Immunsera ist gegenüber roten Blutkörperchen am stärksten, die Stärke der Hämolyse der Immunsera steigt proportional dem Steigen der Gewichtsmengen. Ferner fanden die Verfasser: Die Kaninchenimpfungen mit Paralytikerserum führten ständig zu 200—250 g Gewichtsverlust. Die hämolytische Wirkung der Blutsera der gegen die Sera immunisierten Kaninchen wird durch Immunhämolysine verursacht. Die als Antigone dienenden Stromarezeptoren sind in dem paralytischen Blutserum in sehr geringer Menge oder molekulär verändert vorhanden, während das Blutserum der Präcoxkranken an Hämolysinantigonen reich ist. Die Wirkung der Agglutinine, Präzipitine, Eiweißantikörper, Lipoide, Antiisolysine kann bei der Differenz in der Stärke der Hämolyse ausgeschlossen werden. Die kolloidale Kieselsäure ist imstande, die Wirkung der Immunhämolysine in vitro bis zu einem gewissen Grade zu vertreten. Sublimat gegenüber zeigen die roten Blutkörperchen der mit Paralytikerblutserum geimpften Kaninchen eine verringerte, diejenigen der mit Serum Präcoxkranker geimpften eine gesteigerte Resistenz. Lezithin- und Quecksilberchloridinjektionen beeinflussen die hämolytische Wirkung der Immunhämolysine nicht.

Kafka (104) faßt in seinem Vortrage die Erfahrungen über ein großes Beobachtungsmaterial zusammen, das sich auf die Serologie des Zentralnervensystems



bezieht. Einleitend spricht er von den Verfeinerungen, deren Bedeutung er darin sieht, daß sie zur Klarstellung häufig direkt notwendig sind, daß sie weiterhin oft ein Verfolgen des Krankheitsbildes erlauben bis in Stadien hinein, in denen die Originalmethode keine Antwort mehr gibt, daß sie schließlich notwendig sind, bei der Beobachtung des serologischen Blutbildes bei Behandlungsversuchen der progressiven Paralyse. Wichtig erscheinen die Verfeinerungen auch in den Fällen von Syphilis ohne Komplikation von seiten des Zentralnervensystems und bei der Untersuchung Familienangehöriger von Syphilitikern und Paralytikern. *K.* äußert sich ferner über die Eigenhemmung im inaktiven Serum und im Liquor und über die hämolytischen Veränderungen des Blutserums. Die Hämolysinreaktion hat sich auch weiterhin bewährt. Abgesehen von Fällen akuter Meningitis wurde bisher kein Fall von Lues cerebri oder einer anderen Erkrankung positiv gefunden. — Die Neuroreaktion spricht, wenn sie im Liquor stark positiv ist, bei negativer Seroreaktion, sehr für Paralyse. — Einige Worte verliert *K.* noch über die neuen Befunde mit Hilfe der Dialysiermethode.

Benedek (16) hat die Luetinreaktion nachgeprüft. Im wesentlichen decken sich seine Erfahrungen mit denen anderer Untersucher. Auffallend waren bei einigen Fällen von Lues cerebri „gummaartige" Reaktionen, wie sie bei der Paralyse nie beobachtet wurden. Die Arbeit bringt einige Mikrophotogramme.

Berger (20) verimpfte Hirnzylinder von lebenden Paralytikern auf Kaninchenhoden. Von 20 Versuchen fielen 17 negativ aus, bei 3 positiv. Es konnten nur geringfügige lokale Veränderungen nachgewiesen werden, die aber sicher als solche syphilitischer Natur nach dem Befund von Spirochäten angesehen werden mußten. Die drei Befunde brachten den Beweis, daß die Spirochäten des Paralytikergehirns nicht nur noch lebend, sondern auch imstande sind, lokale luetische Veränderungen hervorrufen.

Kafka (107) fand bei Anwendung der Luetinreaktion in 75 % der Fälle von Lues cerebri, in 60 % der Fälle von Paralyse und bei den drei untersuchten Tabesfällen positiven Ausfall. Eine positive Reaktion ließ sich im allgemeinen bereits nach 24—32 Stunden erkennen. Ihren praktischen Wert sieht *K.* in ihrer Spezifität für Syphilis, daß sie in Fällen tertiärer Lues so außerordentlich häufig ist, wohl auch bei Tabes und daß sich Unterschiede in der Reaktion der Fälle van Paralyse und Lues cerebri zeigen.

Noguchi (162) teilt mit, daß er in 12 von 70 von ihm untersuchten Paralytikergehirnen die typische Spirochaeta pallida gefunden hat. Er bespricht kurz die Verteilung der Spirochäte im Gehirn der Paralytiker, ihre Beziehungen zu den einzelnen Strukturelementen und knüpft einige Bemerkungen bezüglich der Technik der anatomischen Untersuchung an. Bezüglich der Pathogenese der Paralyse und Tabes erklärt er, daß die Läsionen unmittelbar auf die Gegenwart der Pallida bezogen werden müssen, nachdem sie im Sitz der pathologischen Veränderungen gefunden sind.

Brückner (34) wandte das Arsalyt bei einer Reihe von Paralytikern an. Er gab im ganzen 100 Injektionen. Die höchste verabreichte Dosis war 2,4 g. Zweimal wurden Kopfschmerzen beobachtet, Temeratursteigerung trat nur ein einziges Mal

auf. Die Kuren, die an sechs Fällen vorgenommen wurden, wurden anstandslos vertragen. Die Kranken bekamen 6—10 Injektionen in Abständen von 3—8 Tagen. Bezüglich einer therapeutischen Einwirkung sind Schlüsse noch nicht möglich, immerhin ist hervorzuheben, daß bei zwei Fällen der Titer der *W.*-Reaktion auf $^1/_{10}$ zurückging, bei gleichzeitigem Absinken der Pleozytose. In einem dritten Fall verschwand die *W.*-R. vollständig, nachdem sie vor der Behandlung bei 0,5 im Liquor positiv gewesen war. Wesentlich ist, daß das Arsalyt sehr gut vertragen wird, daß es nicht kumuliert und daß keine anaphylaktischen Erscheinungen zur Beobachtung kamen. Als Vorzüge des Arsalyts hebt *Br.* hervor: Es kommt gebrauchsfertig aus der Fabrik und ist absolut haltbar. Bei der Anwendungsweise des Arsalyt fallen Glas- und Wasserfehler weg. Die Schmerzhaftigkeit ist bei Venenwandverletzungen sehr gering. Die Venen zeigen bei seiner Anwendung keinerlei Neigung zu Thrombosierung. Sehr angenehm ist die Einfachheit der Anwendung.

Martens (144) hat die *Weil-Kafka*sche Hämolysinreaktion nachgeprüft. In seinen Untersuchungen zeigte sich, daß

1. bei akuten, nicht-luetischen Meningitiden in 100 % der Fälle Normalambozeptoren im Liquor auftreten, in vielen Fällen auch Komplement.

2. bei Paralysen allein in 79 %, bei Paralysen und Taboparalysen zusammen in 81 % der Fälle Normalambozeptoren im Liquor auftreten,

3. auch in einer prozentualiter noch nicht näher zu bestimmenden Anzahl von Fällen von Lues cerebrospinalis und in einer ganz geringen Anzahl von Fällen von Tabes dorsalis die *Weil-Kafka*sche Reaktion auftreten kann.

Shukow (211) behandelte 61 Paralytiker mit Tuberkulininjektionen nach *Wagner*. Nach den erzielten Resultaten teilt er die Patienten in vier Gruppen ein. Die erste Gruppe aus 30 Patienten — darunter 24 Frauen — blieb gänzlich unbeeinflußt. Es handelte sich um ziemlich vorgeschrittene Fälle (23 Patienten mit dementer, 3 mit manischer Form, 3 mit Taboparalyse). Bei der zweiten Gruppe, die 17 Patienten (26,5 %) umfaßte, war eine günstige Wirkung der Behandlung darin zu bemerken, daß die Patienten sauberer, ruhiger und kräftiger wurden. In der dritten Gruppe (14 Patienten, also 21,8 %) war die Besserung so bedeutend, daß mehrere Patienten aus der Anstalt entlassen werden konnten. Bei allen war eine beträchtliche Gewichtszunahme zu verzeichnen. Sie wurden munterer, reger, arbeiteten gern, mit sicherer Überlegung. Es handelte sich hier in 7 Fällen um demente, in 5 um manische und in 2 um taboparalytische Form. Die Krankheit bestand zum Teil bereits längere Zeit (bei 4 Kranken 3 Jahre, bei 6 Patienten 2 Jahre). Schließlich bewirkte die Behandlung in der vierten Gruppe (3 Patienten) dauernde und so weitgehende Besserung, daß die Patienten zu ihrer früheren Lebensweise zurückkehren konnten und von ihrer Umgebung für gesund gehalten werden. Unter diesen Patienten befand sich ein Staatsbeamter, den seine vorgesetzte Behörde amtlich untersuchen ließ, mit dem Ergebnis, daß er zur Ausübung seines früheren Amts zugelassen wurde. Ein Jahr später wurde er vom Verf. untersucht, ohne daß dieser irgendwelche Zeichen geistiger Störung feststellen konnte. (*Fleischmann*-Kiew.)

v. Veress u. *Szabo* (236) haben die *Karvonen*sche Reaktion nachuntersucht.



Die Resultate der Konglutinationsreaktion stimmten im allgemeinen mit der *W.*-R. überein. Bei primärer Syphilis ist die Konglutinationsreaktion früher positiv als die *W.*-R. Bei Lues latens ist die Konglutinationsreaktion häufiger positiv als die *W.*-R. Bei heilender Syphilis ist die Konglutinationsreaktion oft auch dann noch positiv, wenn die *W.*-R. schon negativ ist. Die *W.*-R. ist bei Paralyse fast stets positiv, dagegen sind 20 % der *Karvonen*schen Reaktion nicht positiv. Bei Ehegatten und Kindern paralytischer Personen gibt die *K.*-R. ähnliche Resultate wie bei Lues latens, sie ist häufiger positiv als die *W.*-R. Mit paralytischem Liquor cerebrospinalis vorgenommene *K.*-R. sind ähnlich der *W.*-R. meist positiv, aber in geringen Prozenten. Die Verf. glauben, daß die *K.*-R. für die allgemeine Praxis nicht geeignet ist, da die Resultate in einigen Fällen zweifelhaft, in anderen Fällen schwer abzulesen ist und subjektive Beurteilung zulassen. Außerdem sind Autotropien relativ häufig. Da die *W.*-R. bei progressiver Paralyse weit häufiger positiv ist, als die *K.*-R., bei Syphilis dagegen umgekehrt, werfen die Verf. die Frage auf, ob bei den beiden Erkrankungen nicht vielleicht zwei voneinander chemisch verschiedene Substanzen die Reaktionen veranlassen.

Weygandt und *Jakob* (249) impften Kaninchen und Affen intratestikulär und intravenös und injizierten spirochätenhaltige Emulsionen in den Lumbalsack und in das Gehirn selbst. Die klinischen Befunde waren nicht sehr wesentlich. Dagegen fanden sich bei den mit Spirochäten in den Hoden oder intravenös geimpften Tieren Veränderungen entzündlich-exsudativ-infiltrativer Art, die meist die Pia des Gehirns und Rückenmarks, die perineuralen Scheiden der austretenden Rückenmarksnerven und die bindegewebigen Hüllen der peripheren Nerven betrafen. Wichtiger sind herdförmige Prozesse. (Granulationsherd hauptsächlich aus zahlreichen mit Plasmazellen besetzten Gefäßen.) Diese Erscheinungen entwickeln sich offenbar unabhängig von den Piaaffektionen: Deutliche, von solchen Gefäßerscheinungen unabhängige nervöse Parenchymdegenerationen wurden noch nicht beobachtet. Bei einigen Tieren fanden sich diffuse, über das ganze Gehirn ausgebreitete, z. T. herdförmige Störungen. Neben interessanten Aufschlüssen über die Infektionswege und -zeiten, die diese experimentellen Studien eröffnen, zeigen sich weiterhin die bisherigen Befunde am Nervensystem der mit Spirochäten testikulär und intravenös geimpften wie jene der zerebral injizierten Kaninchen unter sich im histologischen Bilde wesensverwandt und gleichartig, große Ähnlichkeit, ja oft völlige Übereinstimmung mit der Hemingoencephalitis luica und an manchen Stellen auch mit dem paralytischen Riesenprozeß des Menschen. Verf. widmen der Frage der Lues nervosa am Schluß noch einige Worte.

Dahm (47) faßt die Resultate ihrer Untersuchungen über den Stoffwechsel bei progressiver Paralyse in folgenden Sätzen zusammen: Die flüchtigen Fettsäuren des Harns sind meist nicht vermehrt. Es kommen neben den auch beim Normalen auftretenden Schwankungen der Ausscheidung plötzliche Erhöhungen derselben vor, für die im Verhalten des Kranken eine Erklärung nicht gefunden werden kann.

Es gibt im Verlaufe der Paralyse zumindest bei manchen Kranken Perioden einer stark vermehrten Ausscheidung der flüchtigen Fettsäuren. Es fallen aber

diese Perioden nicht zusammen mit denen der Verstärkung der sonstigen Stoffwechselstörungen, als deren Indikator der Gang der Stickstoffausscheidung angesehen werden darf. Wir haben daher aus unseren Versuchen keinen Hinweis auf die Bedeutung einer Azidose für das Wesen der paralytischen Stoffwechselstörungen entnehmen können.

Niedere Fettsäuren werden anscheinend vom paralytischen Organismus in ebenso großem Maße verbrannt wie vom normalen. Auch die höheren Fettsäuren der Butter werden vollständig oxydiert.

Dem Salvarsan kommt manchmal ein bisher noch nicht bestimmbarer Einfluß auf die Ausscheidung organischer Säuren zu.

Marie, A. (137) bespricht die Stellung der Syphilis zu Tabes, Paralyse und den syphilitischen Geistesstörungen und kritisiert besonders die serologischen Befunde.

Marie (138) behandelt in seinen Ausführungen, die sich auf eingehende Literaturkenntnis und eigene Erfahrungen stützen, alle Geistesstörungen, die mit Lues irgendwie in Verbindungen stehen können. Die Auseinandersetzungen *M.*s enthalten eine Fülle alter und neuer Erkenntisse.

Moerchen (152) bringt zwei Beobachtungen, die sehr für das Bestehen einer Lues nervosa sprechen. Im einen Fall handelte es sich um mehrere Studenten, welche sich sämtlich an einer Prostituierten infizierten. Alle bekamen metaluetische Erkrankungen. Im zweiten Falle gingen 10 Offiziere, die sich auch an einer Prostituierten infiziert hatten, an Paralyse zugrunde, bzw. waren an dieser erkrankt.

Naecke (157) verficht, wie früher, eine endogene, spezifische Veranlagung mancher Gehirne für die Dementia paralytica. Er sagt: 1. Die erbliche Belastung der Paralytiker erscheint der bei den übrigen Psychosen nahestehend. 2. Eine abweichende Charakterveranlagung der Paralytiker ist häufiger als bei Gesunden. 3. Körperliche Entartungszeichen sind bei Paralytikern bedeutend häufiger zu finden, als bei Gesunden und nähern sich in bezug auf Zahl und Schwere auch den bei den anderen Geisteskrankheiten gefundenen. Wo Entartungszeichen reichlich, in starker Ausprägung, in schwerer Form und weit verbreitet auftreten, besonders am Kopfe, sind sie als „Signale" anzusehen. Die Minderwertigkeit nimmt mit Zahl, Schwere und Ausbreitung zu. Psychische und soziale Stigmen sind wichtiger als die körperlichen. 4. Die Nachkommen von Paralytikern sind anerkanntermaßen körperlich und geistig viel öfter krank als die der Normalen, was nicht allein auf die Lues des Vaters oder der Mutter zu beziehen ist, sondern z. T. wenigstens auf eine etwaige Minderwertigkeit derselben. Die Wahrscheinlichkeit, daß das paralytische Gehirn ab ovo ein abnormes ist, ist sehr groß. Ein ab ovo minderwertiges, invalides Gehirn braucht noch lange nicht ein minderwertiges im Sinne einer geringeren Leistungsfähigkeit zu sein.

Neue und *Vorkastner* (158) fassen ihre Erfahrungen folgendermaßen zusammen: Der Prozentsatz positiver *Wassermann*-Reaktionen bei Paralyse beträgt für das Blutserum 96, für den Liquor 95,5. In einigen Fällen zeigt sich die positive Reaktion im Serum nur durch die Methodik nach *Kromayer* und *Trinchese* und im



›r nur durch die Auswertungsmethode nach *Hauptmann*. Seit Anwendung verbesserten Methoden war die luische Ätiologie der progressiven Paralyse dem Falle nachweisbar. Die positive *Wassermann*sche Reaktion ist nicht in Fällen in beiden Körperflüssigkeiten gleichzeitig zu erhalten, im Liquor scheint :onstanter zu sein, als im Blutserum. Das Schwanken der *Wassermann*schen ktion kommt auch bei der Paralyse in unbestimmten längeren und kürzeren abständen vor. In seltenen Ausnahmefällen stellt die positive Reaktion, be- lers der Lumbalflüssigkeit, eine nicht unerhebliche Erschwerung der Diagnostik Hier muß das klinische Bild in vollstem Maße bewertet werden.

Räcke (181) ist der Ansicht, daß Salvarsan bei vorsichtiger Anwendung alytikern nicht schadet. Es scheint im Gegenteil Häufigkeit und Dauer der nissionen zu fördern. Jedenfalls seien wir berechtigt, Paralytikern den Versuch r methodischen Salvarsankur zu empfehlen.

Lenz (123) fand Aneurysmen in 24 % der Fälle von sicherer Aortitis. Bei alyse fand sich Aortitis nicht häufiger als sonst bei Syphilis. Niemals fand er alyse und Aneurysma kombiniert. Aortitis ist die häufigste Form der Syphilis. dürfte in einem Viertel aller Syphilisfälle zur Entwicklung kommen. Aortitis eint, ebenso wie Paralyse und Tabes in neuerer Zeit häufiger zu werden, was ch Selektionswirkungen unter den Treponemastämmen zu erklären sein dürfte.

Levaditi, *Marie* und *Bankowski* (122) bestätigen die Befunde über den Spiro- tenfund *Noguchis* im Gehirn und fassen ihre Anschauungen über die Ätiologie d Pathologie der Paralysie folgendermaßen zusammen: Die progressive Paralyse eine Erkrankung, welche an die Ausbreitung der Treponema in der Gehirn- de gebunden ist und die Verletzungen, die diese Ausbreitung verursacht. Das rdringen der Parasiten scheint schubweise vor sich zu gehen. Ihre Lokalisation ıwankt in den einzelnen Fällen; meist liegt sie in den vorderen Zonen des Gehirns. besteht eine ausgesprochene Analogie zwischen den Schüben der Parasiten Gehirn und dem periodischen Auftreten von spezifischen Haut- und Schleim- uterscheinungen. Man könnte diese multiplen Herde mit Rindensyphilomen rgleichen, die nach ihrem Verschwinden Sklerosen hinterlassen. Wenn ein para- ärer Herd sich reinigt, nachdem er unauslöschliche Verletzungen gesetzt hat, lden sich neue Herde in der noch gesunden Umgebung. Daraus erklärt sich, ıß die Partien des Gehirns, die makroskopisch die schwersten Schädigungen igen, nicht immer am reichsten an Parasiten sind. Endlich erscheint es wahr- heinlich, daß die apoplektiformen Insulte akuten Ausbreitungsschüben der Tre- ›nemen entsprechen, hauptsächlich, wenn diese Schübe motorischen Regionen ıtsprechen. Man wird daher mehr Aussichten haben, die Treponemen zu ent- ecken, wenn man Gehirne von Paralytikern untersucht, die im Anfall gestorben nd, als von solchen, welche in einem freien Intervall oder durch interkurrente rkrankungen geendet haben.

Jäger und *Goldstein* (98) fanden: Die Goldsolreaktion gibt bei progressiver 'aralyse und Lues cerebrospinalis in 100 % starke, charakteristische Ausflockung; ieselbe wird auch bei einem Teil der Fälle von Tabes dorsalis erzielt. In den ıbrigen organischen oder funktionellen Erkrankungen des Zentralnervensystems



gibt die Goldsolreaktion keine differentialdiagnostischen Unterschiede, speziell konnte die als charakteristisch angegebene Verschiebung des Ausflockungsmaximums nach oben bei bestimmten organischen Erkrankungen nicht bestätigt werden. Ein Vorteil der Methode ist der geringe Verbrauch an Liquor. Inwieweit es möglich ist, die ersten Anfänge einer luetischen Affektion des Zentralnervensystems mit der Reaktion festzustellen, ist noch nicht mit Sicherheit zu sagen.

Moore (153) hat in 12 Paralytikergehirnen die Spirochaeta pallida nachgewiesen. Er meint, die Annahme „ohne Syphilis keine Paralyse" erhalte erst dann eine weitere Stütze, wenn es gelänge, die Spirochäte in allen Fällen von Paralyse nachzuweisen. Er läßt die Frage, ob die Paralyse wahre Syphilis sei, offen.

Moreira und *Vianna* (154) berichten über zwei Fälle von Paralyse, von denen der eine bei Beginn der Erkrankung 70, der andere 99 Jahre alt war. Beide waren Söhne von afrikanischen Negern.

Auf Grund seiner Untersuchungen stellt *Allers* (2) fest, daß zumindest gewisse Stadien der Paralyse mit schweren Stoffwechselstörungen einhergehen. Dieselben stellen sich als eine Reihe von Erscheinungen dar, die eine quantitative Steigerung des endogenen Eiweißumsatzes beweisen, wobei der Organismus nicht imstande ist, den Abbau bis zu den normalen Endprodukten durchzuführen. Infolgodessen werden intermediäre Stoffwechselprodukte ausgeschieden.

Benedek (17) kam auf Grund der *Neumann*- und *Hermann*schen Reaktion zu dem Resultat, daß die Cholestearin-Ester im Blute einer großen Anzahl von Paralytischen gegenüber denen Normaler quantitativ gesteigert sind. Die *Neumann-Hermann*sche Graviditätsreaktion ist zur Differenzierung nur mit Vorsicht zu verwenden.

Steiner (220) fand: 1. Entzündliche Gewebsreaktionen ließen sich in den bindegewebigen Hüllen, wie auch an den Gefäßen im Zentralnervensystem der syphilitischen Kaninchen nachweisen; dagegen mißlang der Nachweis primärdegenerativer Erscheinungen. 2. Die entzündlichen Reaktionen stellten sich im allgemeinen dar als Gefäßinfiltrationen in den Hüllen des Zentralnervensystems, in einzelnen Spinalganglienzellengruppen, aber auch in der Großhirnrinde, hier in herdförmiger Lokalisation und als typische, rein adventitielle Infiltrationen. Bei einigen Tieren konnte auch eine diffuse perineurale Infiltrationszellanschwellung im Perineurium einzelner den Rückenmarksquerschnitt begleitender Spinalnervenbündel beobachtet werden. Auch im periduralen Fettgewebe und in den Duplikaturen, die zwischen dem Perineurium einzelner Spinalnerven und den duralen Hüllen sonst sich bilden, fanden sich, oft in herdförmiger Anordnung zahlreiche Infiltrationszellansammlungen. 3. Die infiltrierenden Zellen bestanden fast ausschließlich aus typischen Plasmazellen und Lymphozyten. 4. Die mehr kaudal gelegenen Partien des Rückenmarks zeigten die histopathologischen Veränderungen in stärkerem Grade.

In eingehenden Auseinandersetzungen bespricht *Steiner* (221) den Nachweis der Syphilis im allgemeinen und bei den syphilogenen Krankheiten des Nervensystems mit Einschluß der Metasyphilis, dann die Theorien des Zusammenhanges zwischen Syphilis und Metaphysik bzw. anderen syphilogenen Erkrankungen des

alnervensystems. In einem dritten Kapitel behandelt er das Wesen der Meta-lis. In den beiden letzten Kapiteln wird die Histopathologie des Zentral-nsystems syphilitischer Kaninchen besprochen und die Bedeutung der Be-: auseinandergesetzt.

Theobald (229) fand bei Anwendung der Abwehrfermentreaktion ein Vor-en des Abbaues paralytischer Organe gegenüber nichtparalytischen beim Klein- und beim Rückenmark. Am häufigsten wurde Kleinhirn abgebaut. Verhält-äßig niedrig war die Ziffer des Abbaues der Großhirnrinde, besonders bei den ;eschrittenen Paralysen; häufiger war der Abbau bei floriden Fällen.

Plaut (178) legt seiner Arbeit die Frage zugrunde, ob auf der Basis der Syphilis :hosen entstehen können, deren Hauptsymptome Sinnestäuschungen und Wahn-a sind und die nicht den Verlauf in einen paralyseähnlichen Schwächezustand nen. Nach eingehenden Besprechungen der vier Reaktionen erkennt er, daß die Diagnose der Lues cerebrospinalis in allererster Linie die *Wassermann*sche ktion im ausgewerteten Liquor in Betracht kommt, der gegenüber die anderen ktionen an Wichtigkeit zurücktreten. Den Ausführungen *P.*s liegen zehn nkengeschichten zugrunde; im Verlauf der Psychosen mit den oben genannten aptomen blieb die Besonnenheit stets erhalten. Diese, wie drei im Anhang geteilte Fälle im Senium, kamen nicht zu körperlichem oder psychischem Zerfall.

Kafka (105) stellt fest, daß das inaktive Serum von Luikern und Metaluikern häufiger als das von Nicht-Syphilitischen seine hämolytische Fähigkeit verliert. der Mehrzahl der Fälle liegt dies daran, daß der Zwischenkörper fehlt oder ver-ert ist, in der Minderzahl daran, daß das inaktivierte Serum antikomplementär kt. Bei luischen und metaluischen Erkrankungen fehlt weiterhin häufig die nolytische Fähigkeit des aktiven Serums. Diese Befunde können wichtig sein, onders in Verbindung mit den anderen serologischen Untersuchungsmethoden. eziell der Komplementschwund scheint die Diagnose schwerer syphilitischer d metasyphilitischer Veränderungen des Zentralnervensystems zu stützen.

Westhoff (246) hält die progressive Paralyse für eine Rassenkrankheit, und ar speziell für eine Erkrankung der germanischen Rasse. Das seltene Auftreten einzelnen germanischen Völkern erklärt er mit der geringen Ausbreitung der philis, das Vorkommen auch bei nicht-germanischen Rassen mit Vermischungen t Germanen. Daß die Germanen — diesen Begriff faßt *W.* weit — speziell zur krankung an Paralyse neigen, deutet Verf. damit, daß eine Rasse, je höher sie thropologisch steht, um so mehr zu Erkrankungen neigt.

Forster und *Tomasczewski* (69) konnten in zwei Fällen von Paralyse, bei elchen durch Punktion des rechten Stirnhirns Hirnzylinder gewonnen waren. pirochäten nachweisen. In vier weiteren Fällen blieb der Erfolg aus.

Nachdem *Noguchi* (163) in 200 Gehirnen von Paralytikern 48 mal die Spiro-aeta pallida gefunden hatte, ging er zur Beobachtung der Infektiosität der Spiro-äte über, indem er 36 Kaninchen mit Emulsionen aus sechs frischen Paralytiker-hirnen infizierte. Bei zwei Tieren entstanden kleine, aber typische Verhärtungen a Hodenparenchym nach 97 bzw. 102 Tagen. Auch die zweite Generation des tammes brachte — ebenfalls nach einer langen Inkubationszeit — kleine, indu-



rierte Läsionen hervor. Auch der Frage bezüglich des langen Zeitraumes zwischen dem syphilitischen Primäraffekt und der Entwicklung von Symptomen der Paralyse trat *N.* näher. Er nahm als wahrscheinlich an, daß die Gewebe der Tiere erst sensibilisiert werden müßten. Er behandelte also Tiere durch 5 Monate hindurch mit wiederholten intravenösen Injektionen der abgetöteten und lebenden Spirochäte vor und brachte dann Emulsionen von Hodensyphilomen oder kleine Stückchen von solchen in die Hirnsubstanz direkt hinein. Nach Ablauf von 2 Monaten wurden einige der sensibilisierten Tiere matt und stuporös, nahmen ab und zeigten Spasmen der Hinterbeine und Ataxie. Die Symptome steigerten sich und die *Wassermann*sche Reaktion wurde positiv. Die Mikroskopie der Gehirne von zwölf sensibilisierten Tieren ergab dreimal diffuse, nicht eitrige exsudative Meningitis, einmal eine ausgesprochene unilaterale Atrophie der Stirnlappen, zweimal diffuse Sklerose des Gehirns und einmal einige kleine gelbe Flecken in der Temporalgegend. Stellenweise fanden sich Infiltrationen und Gliawucherungen. Die Nervenzellen waren meist intakt.

Stargardt (217) wendet sich in einer großen Arbeit an der Hand eines bedeutenden Materials und unter Berücksichtigung der gesamten Literatur gegen die Annahme einer toxischen Genese der Sehnervenatrophie. Er betont, daß es keine einzige Vergiftung gibt, die in der Sehbahn Veränderungen schafft, die der tabischen bzw. paralytischen Atrophie an die Seite gestellt werden können. Als entscheidend für die Beurteilung der Atrophie bei Tabes und Paralyse hält *St.* das Auftreten der exsudativen Prozesse. Bezüglich der Frage nach dem Zusammenhang zwischen den degenerativen und exsudativen Prozessen, nimmt *St.* an, daß wohl beide Prozesse voneinander unabhängig, aber auf ein und dieselbe Ursache zurückzuführen sind. Als Ursache der Erscheinungen sieht er das organisierte Virus an, das zuerst in der Pia sitzt und von da aus in das Innere des Chiasmas und der Optici eindringt. Diese Anschauung hält *St.* vor allem auch durch das überwiegende Vorhandensein von Plasmazellen für gestützt. Die Spirochäte selbst aufzufinden, ist *St.* noch nicht gelungen, doch ist dies kein Gegenbeweis gegen seine Ansicht.

2. Erkrankungen des Rückbildungs- und Greisenalters.

Arsimoles und *Halberstadt* (7) teilen ihr Thema in die drei Gruppen präsenile Psychosen, arteriosklerotische Verwirrungszustände und senile Psychosen ein. In den näheren Ausführungen halten sie sich im wesentlichen an die Forschungsergebnisse deutscher Autoren.

Bessière (22) glaubt, daß mit den bisherigen Untersuchungen die Einheit der *Alzheimer*schen Krankheit noch nicht bewiesen ist.

Damaye (48) rät, bei Alterserkrankungen in erhöhtem Maße auf die Veränderungen der inneren Organe zu achten.

Tamarin (227) berichtet über 4 Fälle von arteriosklerotischer Geistesstörung. Der I. Fall zeigt den typischen Verlauf einer apoplektisch-arteriosklerotischen Verblödung im gewöhnlichen Alter. Fall II und III zeigen arteriosklerotische Störungen

mit schwerer Demenz schon in relativ frühem Alter. Im Fall II trat die Demenz ohne ausgesprochenen Alkoholismus bereits in den fünfziger Jahren ein. und führte langsam zu einem vollständigen Untergang der Persönlichkeit. Im III. Fall begann die Demenz im Anschluß an sehr schweren Alkoholismus. Bei sehr schwerer hereditärer Belastung mit ähnlichen Krankheitszuständen schon im 35. Lebensjahr und führte zu einem der paralytischen Verblödung sehr ähnlichen Krankheitsbilde. Fall IV stellt eine Kombination arteriosklerotischer Krankheitserscheinungen mit progressiver Paralyse dar.

Klieneberger (116) zweifelt nicht an dem Vorkommen einfacher Optikusatrophie bei zerebraler Arteriosklerose, was nicht nur vom klinischen Standpunkte von Bedeutung ist, sondern bezüglich der Therapie nicht gleichgültig erscheint. Die wesentliche Schädigung des Optikus geschieht nicht vielleicht durch den Druck der arteriosklerotisch erkrankten Carotis, sondern durch die arteriosklerotische Erkrankung der kleinen Gefäße, welche von der Carotis interna aus den intrakraniellen Optikus versorgen.

Seelert (206) berichtet über eine 57 jährige Frau, die schon als Mädchen auffällig gewesen war und vielfach Störungen auf affektivem Gebiet gezeigt hatte. Mit ca. 50 Jahren bekam sie krankhafte Eigenbeziehungen, wurde sehr mißtrauisch usw. Später plötzliche Steigerung der Krankheitserscheinungen mit zahlreichen Halluzinationen. Dieser Zustand, verbunden mit Reizbarkeit und Erregungen, hält an. Nach 7 jähriger Dauer des Leidens ist von einer Verblödung noch nicht die Rede. Die Klagen über Mißempfindungen sind als Mißdeutungen tatsächlicher Erlebnisse aufzufassen — sie hat tatsächlich Störungen durch ihre Arteriosklerose. Verf. glaubt, daß es sich um eine paranoide Erkrankung eigener Art handelt. Die arteriosklerotischen Symptome würden in wahnhafter Weise mißdeutet. Die bei der Kranken bestehende abnorme Veranlagung, besonders nach der affektiven Seite soll ebenfalls auf einen von der paranoiden Demenz abweichenden Krankheitsprozeß hinweisen.

Bender (15) hat das *Löwy*sche Symptom nachgeprüft, und zwar an 40 Fällen von Hirnerkrankungen nicht arteriosklerotischer Art und bei Arteriosclerosis cerebri. *B.* konnte im ganzen die Befunde *Löwy*s nicht bestätigen und betont, daß das *Löwy*-Symptom nicht zur Differentialdiagnose des Frühstadiums der Arteriosklerose herangezogen werden dürfe gegenüber der Neurasthenie und dem depressiven Stadium des manisch-depressiven Irreseins. Nach Ansicht der Verfasserin spielt eine psychische Komplikation die größte Rolle und das Symptom kommt auch sehr oft bei rein funktionellen Störungen vor.

3. Hirntumoren.

Heinicke (89) teilt einen Fall von Akromegalie mit, für dessen Ätiologie er — gegenüber der Möglichkeit eines Hypophysentumors — einen hydrozephalischen Druck verantwortlich macht.

Rein (185) berichtet: Bei der Sektion einer 77 jährigen senil-dementen Frau ergab sich als zufälliger Befund ein Cysticercus racemosus fossae Sylvii, der intra



vitam keinerlei Krankheitserscheinungen gemacht hatte. Der Parasit bestand aus einem zuammenhängenden racemösen Gebilde von neun Blasen, einigen größeren und kleineren, teils buchtigen Einzelblasen und einigen Resten abgestorbener Zysten, die sämtlich in der erweiterten rechten Fossa Sylvii lagen. Mikroskopisch fand sich neben atrophischen und arteriosklerotischen Veränderungen Druckatrophie der dem Parasiten benachbarten Rinde und Zystizerkenmeningitis.

Wree (255) beschreibt einen Fall von Tumor cerebri, der lange Zeit nur Allgemeinsymptome zeigte. Erst gegen Ende der Krankheit waren Symptome aufgetreten, die lokalisatorisch verwertet werden konnten. Es handelte sich um ein Gliom der großen Ganglien.

v. Klebelsberg (113) berichtet über einen Fall von seniler Demenz, bei dessen Sektion eine faustgroße Zyste in der weichen Hirnhaut der rechten Sylvischen Furche mit Zurückdrängung des Stirnlappens als unerwarteter Befund festgestellt wurde. Die Zyste hatte keinerlei klinische Erscheinungen hervorgerufen. Verf. glaubt, daß der Befund auf einer früh entstandenen Entwicklungsstörung beruht.

Forster (67) berichtet über einen Fall, der mit Müdigkeit und Mattigkeit erkrankte. Schließlich entstand Unfähigkeit zu gehen. Es entstanden Spasmen, *Babinski*, leichte Benommenheit, Verschleierung der Papille, unterdrückbare Bewegungen der Arme und Beine. Keine aphasischen Störungen, aber deutliche dyspraktische, links stärker als rechts. Auffallender Mangel an Bewegungsantrieben. Die gesamte Körpermuskulatur geriet mit dem Fortschreiten der Erkrankung immer mehr in Spannung. Exitus nach einem Monat. Es wurde die Diagnose Balkentumor gestellt. Die Sektion ergab ein Gliom, das den vorderen Teil des Balkens einnahm und sich nach hinten bis in den mittleren Teil des Balkens ausdehnte, bis in die Gegend der Verbindungen zwischen den Zentralwindungen. Nach den Seiten war der Tumor etwas in die Hemisphären hineingewachsen. *F.* bespricht die theoretischen Zusammenhänge und betont u. a., daß in der Gegend vor der vorderen Zentralwindung die Erregungen zusammenlaufen, die aus den dem Gedächtnis dienenden Hirnpartien geliefert werden und zum Zustandekommen der Handlung erforderlich sind, während die von den Empfindungen stammenden und zur Handlungsfolge erforderlichen Erregungen im Gyrus supramarginalis gesammelt werden.

Röper (193) berichtet über einen Fall, der kurz nach einem psychischen Trauma über lähmungsartige Schwäche der r. Körperhälfte und ziehende Schmerzen klagte. Im Verlauf eines Jahres verschlechterte sich der Zustand wesentlich, Pat. wurde unklar, war ständig benommen. Die Untersuchung ergab Symptome, welche den Verdacht eines Tumors nahelegten; als die Erscheinungen immer deutlicher wurden, wurde operiert. Der Tumor war im Hinterhauptslappen vermutet. Bei der Punktion wurde sehr viel Liquor entleert, ein Tumor wurde bei der Operation selbst nicht gefunden. — Der psychische Zustand war nach der Operation wechselnd: bald war der Patient klar und einigermaßen geordnet, dann wieder gehemmt, benommen usw. Einige Zeit nach der Operation zeigte sich ein Prolaps in der Gegend der Operationsnarbe, der mehrmals punktiert wurde. Pat. blieb vor allem gehemmt, war desorientiert. Allmählich nahm das Krankheitsbild einen stationären Charakter



an. Körperlich: rechts lähmungsartige Schwäche der Glieder, Abnahme des Sehvermögens, Gesichtsfeldausfall rechts usw. Psychisch stand im Vordergrund eine Abnahme der intellektuellen Fähigkeiten; daneben bestand die Unfähigkeit, sich mündlich oder schriftlich zusammenhängend auszudrücken. Pat. wurde entmündigt und ungeheilt XI. 1901 nach Hause entlassen. 11 Jahre später mußte Pat. wegen eines Karzinoms neuerdings aufgenommen werden, nachdem er über 10 Jahre hindurch sein Brot selbst verdient hatte. Er starb bald darauf. Die Sektion des Gehirns ergab an der Basis des l. Temporallappens unterhalb des Nucleus lentiformis und in diesen hineinreichend einen derben haselnußgroßen Tumor; in seiner Umgebung zwei kleine Zysten. Es handelt sich um ein derbfaseriges Fibrom, dessen Ausgangspunkt in den weichen Hirnhäuten zu suchen ist. Das Fibrom ist ödematös geworden, erweicht und stellenweise zu Zysten zerfallen. Verf. nimmt an, daß lange vor der ersten Aufnahme das Fibrom schon bestand. Mit dem Wachsen der Geschwulst entstanden immer schwerere Hirndruckerscheinungen, es bildete sich eine Hydrocephalus internus, durch die Operation wurde der Tumor unter andere mechanische und Ernährungsverhältnisse gestellt und kam dadurch zu Erweichung und zystischem Zerfall.

Bruns (35) betont, daß die Aussicht auf Erfolg bei der Operation eines Gehirntumors von drei Umständen abhängt. 1 von der pathologisch-anatomischen Natur des Tumors, 2. von der Möglichkeit einer sicheren Allgemein- und Lokaldiagnose und 3. davon, ob der Tumor an einer chirurgisch zugänglichen Stelle des Gehirns sitzt. Sehr wichtig ist das Verhalten des Tumors gegenüber seiner Umgebung. Der Operation günstiger liegen die scharf umschriebenen Geschwülste gegenüber den infiltrierenden. Zur ersten Gruppe gehören vor allem die Sarkome, Endotheliome, Fibrome, die infektiösen Granulome und die Parasiten, der wichtigste und dabei sehr häufige Vertreter der zweiten Gruppe ist das Gliom. Von allen Geschwülsten bieten die beste Aussicht für die Operation die extrazerebral entstehenden Endotheliome, manche Sarkome und die Neurofibrome. *B.* bedauert, daß die Diagnostik der pathologisch-anatomischen Natur der Geschwülste, die ja die Indikation für die Behandlung abgibt, am Krankenbette heute noch vielfach versagt, ganz besonders häufig gegenüber den wichtigsten Tumoren, den Gliomen, Sarkomen und Endotheliomen. Bezüglich der Lokaldiagnose stehen die Tumoren der Zentralwindungen, die des Pons und der hinteren und mittleren Schädelgrube obenan. Auch die des Kleinhirns hat sich gebessert. In zweiter Linie stehen die Geschwülste der Vierhügel, der Okzipitalwindungen und der Parietallappen. Die chirurgische Angreifbarkeit der Hirntumoren ist durch die Fortschritte der Chirurgie sehr erweitert worden, unangreifbar werden aber immer die Geschwülste im Hirnstamm, den Vierhügeln, dem Pons, der Medulla oblongata und die im dritten Ventrikel bleiben. Nach *B.*s Erfahrungen bringt die Chirurgie in 3—4 % aller Hirntumoren Heilung. Zum Schluß bespricht *B.* die Indikationen der heute viel geübten Palliativoperationen.



4. Psychosen bei Herderkrankungen und anderes.

Bickel (25) beschreibt einen Fall von funikulärer Myelitis, bei der neben Optikusneuritis allgemeine Druckschmerzhaftigkeit der Nervenstämme und der Muskulatur und eine doppelseitige Radialislähmung bestand.

Edinger und *Fischer* (61) berichten über einen Fall vollkommenen Mangels des Großhirns. Das Geschöpf wurde 3¾ Jahre alt. Das Kind schlief fast immer. Es schrie viel, besonders nach dem 1. Jahr; Saugbewegungen wurden ausgeführt. Es lag ständig vollständig steif, ohne sich zu bewegen. Keine Spur einer psychischen Entwicklung. Die Hemisphären waren in ganz dünne vielgefaltete Membranen verwandelt. Es entstand dadurch eine Blase, die im wesentlichen aus Gliagewebe bestand. Das Paläencephalon war vollkommen ausgebildet. Die Blasen zeigten, in Wasser gelegt, Gestalt und Größe einer Hemisphäre; an ihrer Innenfläche waren kleine Klümpchen weißer Substanz zu erkennen. Rückwärts vom Chiasma nähern sich die Verhältnisse dem normalen Bilde. Die Pyramidenstränge fehlen vollständig; der Hirnstamm ist vollkommen intakt. Verf. glauben, daß es sich in dem beschriebenen Fall um einen von den Gefäßen ausgehenden Prozeß gehandelt hat, der nach dem 6. Monat eingesetzt haben muß. Die mikroskopische Untersuchung ergab: Fehlen der Pyramidenbahn; Oblongata normal bis in die Brückengegend, Corpus dentatum gelichtet, Hirnschenkelfuß gänzlich marklos, das Pulvinar enthält keine Nervenfasern, die Thalamusganglien fehlen vollständig; der Optikus fehlt usw. — Von den Hemisphären ist keine Spur vorhanden. Verf. heben noch besonders hervor, daß dieses Kind ohne Großhirn viel weniger leistete als ein Fisch oder Frosch ohne Großhirn.

Fränkel und *Jakob* (71). Im klinischen Teil schildert *Fränkel* einen Fall von akuter multipler Sklerose, der sich durch auffallend raschen Wechsel der Symptome und den kurzen Verlauf (2½ Monate) auszeichnet. Verf. nimmt an, daß der frühe letale Ausgang vornehmlich auf den pontinen und bulbären Sitz der Herde zurückzuführen ist, die wichtige Zentren der vegetativen Funktionen schädigten. — Die anatomische Untersuchung des Falles führte *Jakob* aus, der folgende Schlußfolgerungen gibt: Eine prinzipielle Sonderstellung kommt der akuten Form der multiplen Sklerose gegenüber der gewöhnlichen, mehr chronischen Verlaufsart nicht zu, sie ist als deren akute Form hinreichend charakterisiert. Die multiple Sklerose zeigt im anatomischen Bilde nahe Verwandtschaft mit der nicht eitrigen Myelitis.

Reusch (187) fordert im Anschluß an einen Exitus nach Lumbalpunktion bei einer Urämischen — die Patientin war an einer Blutung in die linke Capsula interna gestorben —, daß bei Urämikern mit sehr hohem Blutdrucke die Lumbalpunktion abgebrochen werden muß, wenn bei derselben ein relativ geringer Lumbaldruck gemessen wird. Bei Fällen mit hohem Lumbal- und niedrigem Blutdruck wird die Gefahr einer Blutung geringer sein.

Rothmann (195) hat am Hund die Funktionen der Kleinhirnrinde im Gebiet des Mittellappens studiert. Auch hier besteht eine funktionelle Differenzierung. Die reine Ausschaltung des Lobus ant. bedingt Störungen der Nacken- und Hals-



muskulatur, zugleich eine Schwäche der Kiefer- und Zungenmuskulatur neben anderen Störungen. Reine Ausschaltung der Rinde des Lob. med. post. bedingt Unsicherheit in der Kopfhaltung, und eine hochgradige Rumpfmuskelschwäche. Wird nur der vordere Abschnitt des Lob. med. post. zerstört, so entwickelt sich Kopftremor, wird der hintere Abschnitt zerstört, so entsteht Schwäche und Ataxie des Hinterkörpers. Völlige Zerstörung der Rinde des Mittelteils des Kleinhirns bewirkt anfangs völlige Aufhebung der Lokomotion. Beim Menschen ist die Ausbildung des Mittelteils des Kleinhirns durch die Annahme des aufrechten Ganges und die besondere Ausbildung der Arme zu Greiforganen wesentlich verändert.

Trömner und *Jakob*, *A.* (234). Ein achtjähriges Mädchen zeigte 6 Wochen nach einer diphtheritischen Injektion Fazialisparese, später Schluckstörungen, dann auch noch Paresen des Lev. pulp., Rectus sup. u. int., Gaumenparese, Schluck- und dysarthritische Sprachstörung und Schwäche der Kopfbewegungen. Schließlich Zuckungen im Gesicht und in der Gliedmuskulatur. Nach 5½ Monaten Tod an Schluckpneumonie. Die von *Jakob* unternommene anatomische Untersuchung ergab entzündliche Veränderungen der Gefäße, im Bulbus ältere und frische Blutungen, Lymphozyteninfiltrate, stellenweise Beginn einer weißen Thrombenbildung und Ganglienzellendegenerationen. In den peripheren Nerven war das Perineurium entzündlich infiltriert, das Nervenparenchym stellenweise durch Lymphorrhagien zerstört.

Ulrich, *M.* (235) faßt die Ergebnisse ihrer Untersuchungen über die Lehre vom angeborenen Kernmangel folgendermaßen zusammen: Unter „angeborenem Kernmangel" verstehen wir eine fehlende bzw. unvollkommene Entwicklung der motorischen Hirnnervenkerne, die sich klinisch durch entsprechende Beweglichkeitsdefekte äußert. Die klinischen Erscheinungen können bereits bei der Geburt vorhanden sein (angeborene Form) oder erst im Laufe des extrauterinen Lebens zutage treten (abiotrophische Form). Im ersten Falle ist der Zustand meist von Geburt an ein stationärer, ja sogar bisweilen einer gewissen Besserung fähig. Im zweiten Fall wird entweder eine gewisse Höhe der krankhaften Erscheinungen erreicht, auf der sie weiterhin verharren, oder es findet eine dauernde Progression statt, die aber im allgemeinen keine gleichmäßige ist, sondern in einzelnen Schüben verläuft, welche durch Zeiten des Stillstandes oder solche mehr oder weniger vollständiger Besserung getrennt sind. Auf diese Weise entstehen Krankheitsbilder, die klinisch teils in die Gruppe der progressiven Nuklearerkrankungen, teils in die der rezidivierenden resp. periodischen Okulumotoriuslähmung hineingehören. Durch die, namentlich bei den abiotrophischen Formen, nicht selten unter dem Einfluß der Ermüdung auftretenden momentanen Schwankungen entsteht gelegentlich eine gewisse äußere Ähnlichkeit mit der Myasthenie, der aber höchstwahrscheinlich keine innere Verwandtschaft zugrunde liegt. Die den abiotrophischen Formen entsprechenden Entwicklungsstörungen im Rückenmark sind unter dem Namen der frühinfantilen spinalen Muskelatrophie bekannt, während unsere Kenntnisse von den angeborenen Formen, ebenso wie von den analogen Entwicklungsstörungen an den sensiblen Hirnnervenkernen noch sehr unsichere sind. Die echten Kernaphasien und -hypoplasien sind endogener Natur und gehören daher



ihrer klinischen Stellung nach in die Gruppe der hereditären Degenerationen; daneben gibt es noch sog. dysplastische Formen, welche auf äußeren Schädlichkeiten beruhen, die den noch unfertigen Kern treffen und in seiner Entwicklung hemmen. Sie können klinisch die gleichen Erscheinungen machen, wie die echten endogenen Aphasien, sind aber, als exogene Erkrankungen, theoretisch prinzipiell von diesen zu trennen.

Westphal, A. (248) bemerkt, daß der klinische Verlauf der Pseudosklerosen in Verbindung mit den eigenartigen, auch auf eine frühe, vielleicht schon embryonale Entstehungszeit hinweisenden zirrhotischen Veränderungen, es wahrscheinlich macht, daß Schädlichkeiten, Alkoholismus, Syphilis vorwiegend, vielleicht ausschließlich ihre Wirkung auf noch in der Entwicklung begriffene Organe ausüben. Damit könnte eine Brücke zwischen den heute sich gegenüberstehenden Auffassungen von der exogenen oder endogenen Entstehung der Erkrankung geschlagen werden.

Krüger (118) fand: Bei der Dementia paralytica kommt es zu einer der Krankheitsdauer etwa proportionalen Hirnatrophie. — Bei der Dementia senilis kommt es ebenfalls zu einer Verringerung des Hirngewichts, die die normale im Alter auftretende Abnahme desselben weit überschreitet. — Auch bei den an Dementia arteriosclerotica Verstorbenen ergab sich eine Abnahme der Hirnsubstanz (große Differenz zwischen Hirngewicht und Schädelkapazität). Das Hirngewicht bleibt dem normalen etwa gleich. — Bei Dementia-präcox-Kranken kommt es in einem Teil der Fälle zu einer Hirnatrophie. — Bei der Epilepsie bleibt in der Regel ein hohes Gehirngewicht erhalten; doch tritt in einzelnen Fällen auch beträchtliche Atrophie ein. — Bei angeborenen Schwachsinnigen scheint eine wesentliche Atrophie des Gehirns im Laufe des Lebens nicht einzutreten. — Bei den funktionellen Psychosen sind die Hirngewichte normal. — Alle Fälle sog. Amentia weisen auf Grund der *Reichardt*schen Hirnschwellung Volumenvermehrung auf.

Goldstein, K. (80) faßt die Ergebnisse seiner Unersuchungen in folgenden Sätzen zusammen: 1. Der grammatikalische Aufbau der Sprache verdankt seine Entstehung zwei verschiedenen Grundvermögen. Er basiert auf der „Grammatik des Denkens", der syntaktischen Ordnung der einzelnen Gedankenglieder in einer Reihe, die die einheitliche Zusammengehörigkeit der Teilglieder zu einem einheitlichen Ganzen wiederspiegelt. Er findet seinen äußeren Ausdruck durch die Umsetzung der geordneten Gedanken in die rein sprachlichen Formen. Der grammatikalische Aufbau ist also vom Denken resp. dem Denkorgan und von der Sprache resp. dem Sprachfelde abhängig.

2. Dementsprechend sind grammatikale Störungen, die von den Störungen der Sprache abhängen, von solchen zu unterscheiden, die von den Störungen des Denkens abhängen. Beide Arten von Störungen sind auch rein symptomatisch völlig verschieden.

3. Bei den „sprachlichen" Formen des Agrammatismus sind wiederum verschiedene zu unterscheiden, die sich als Folge der durch die zugrunde liegende Sprachstörung gesetzten Defekte erklären lassen. So ist der sogenannte Depeschenstil bedingt durch eine rein motorische Erschwerung und durch den Defekt, den



die gleichzeitig bestehende zentrale Aphasie setzt. Der sogenannte sensorische Agrammatismus ist eine Folge der amnestischen Aphasie und der zentralen Aphasie. Die reinsten Formen des rein sprachlich bedingten Agrammatismus, die einen Ausfall der rein sprachlich bedingten spezifisch grammatikalischen Formen zeigen, sind eine notwendige Folge der Funktionsstörung bei der zentralen Aphasie.

4. Die von den Störungen der Gedankentätigkeit abhängigen Formen des Agrammatismus sind vor allem bei den „eigentlichen transkortikalen Aphasien", d. h. den durch eine Läsion des Begriffsfeldes bedingten, zu beobachten und dokumentieren sich vor allem in fehlerhafter Stellung der an sich erhaltenen Sprachformen in gedanklicher Unordnung.

Bisgaard (28) stellt fest, daß bei den von ihm herangezogenen organischen Erkrankungen in der Spinalflüssigkeit bald eine Albumin-, bald eine Globulinvermehrung stattfindet, am häufigsten sind beide vermehrt; dann aber ist, mit Ausnahme der progressiven Paralyse, die Albuminfraktion am stärksten. Bezüglich der *Nonne-Apelt*schen Eiweißprobe betont er, daß sie für klinische Zwecke nicht vollständig sei, weil die quantitative Schätzung sehr unsicher sei, und weil sie ausschließlich eine Globulinprobe geworden sei.

Lomer (125) hat einen Fall von syphilitischer Pseudoparalyse mit Salvarsan, dann mit Tuberkulininjektionen behandelt. Nach 2 × 0,6 Salvarsan hatte sich nur eine Besserung in Schrift, Sprache und Gang gezeigt. Später Natr. nuclein. und wieder Salvarsan. Im allgemeinen besserte sich der Zustand — Pat. beschäftigt sich mit Bureauarbeiten —, doch ist er durchaus nicht gesund. Ein zweiter Fall — eine Paralyse — wurde ganz ohne Erfolg mit Natr. nucl. behandelt.

Pfersdorff (174) spricht über die Beziehungen zwischen den Sprachstörungen, welche organisch begründet sind, und solchen, die rein psychotischen Ursprungs sind. Die sensorisch-aphasischen, transkortikal-sensorischen und amnestischen Störungen mit ihrem Rededrang führen zu Veränderungen im Einzelwort wie im Satzbau. Auch der Agrammatismus mit verwandten Störungen ist zu nennen. Agrammatismus und Störungen des Einzelwortes lassen sich bei psychotischen Sprachstörungen kombiniert feststellen. *Pf.* berichtet über einen Fall mit schwerer Kommotion. Nach Ablauf der ersten acht Tage bot Pat. durch mehrere Monate hindurch folgendes: Die mitteilende Spontansprache ist nicht gestört; das Nachsprechen ist nicht gestört. Dagegen sind die sprachlichen Leistungen, die zur Reproduktion dienen, gestört, und zwar wird nur in kurzen Sätzen gesprochen, einzelne Worte werden perseveriert; die Auswahl der Worte ist verschroben. Nebenvorstellungen, die assoziativ angeregt wurden, werden ausgesprochen und stören dadurch den Sinn. Längere Aufforderungen und längere Gedankenreihen werden nicht verstanden. Ähnliche Erscheinungen sind gelegentlich bei Katatonie oder überhaupt bei spontanem Rededrang zu beobachten. *Pf.* bespricht schließlich den Unterschied zwischen aphasischen und psychologischen Störungen; er betont, daß es sich bei den Geisteskrankheiten meist um Reiz-, bei den Aphasien dagegen um Ausfallserscheinungen handle.

Steiner (219) stellt zwei Fälle *Friedreich*scher hereditärer Ataxie vor und bespricht im Anschluß daran die Differentialdiagnose gegenüber Tabes, multipler Sklerose und Dystrophia musculorum progressiva.



Weber (245) stellt fest, daß einer scheinbar funktionellen Psychose oft anatomisch nachweisbare Veränderungen verschiedener Art zugrunde liegen können. In den meisten Fällen handelt es sich darum, daß auf einen chronischen Prozeß im Gehirn eine akute Schädigung einwirkt. Diese erst verursacht durch ihre Einwirkung auf das bereits geschädigte Gehirn stärkere Funktionsstörungen. Als solche Momente kommen in Betracht: Traumen, Kreislaufstörungen, Infektionen usw. Gewiß liegen die Verhältnisse in manchen Fällen so, wo bisher die Hypothese von einer angeborenen Prädisposition aushelfen mußte.

Witte (253) fand bei einem Fall von perniziöser Anämie Degenerationsherde hauptsächlich n den Hintersträngen. An den kleinsten Herden ist zu erkennen, daß die Myelinscheiden der weißen Markfasern aufgequollen sind. Entzündliche Erscheinungen fehlen. Viele kleine Arterien zeigen eine hyalin veränderte Media. — In einem Fall von Atrophie olivo-ponto-cérébelleuse fand sich eine chronische Leptomeningitis des Großhirns. Das Kleinhirn war auffallend klein (90 g); mikroskopisch zeigte sich eine Sklerose des Cerebellum. Besonders Atrophie der molekularen Schicht, Lichtung der Körnerschicht und Verschmälerung der Marksubstanz. Die *Purkinje*schen Zellen waren vollständig verschwunden. Von den Kleinhirnbahnen sind die zur Vierhügelgegend intakt und die zur Brücke gelichtet. Die Fibrae arcuatae int. u. oliv.-cerebell. sind fast ganz zugrunde gegangen. Die Oliven sind atrophiert und zeigen starke Gliawucherung.

Liepmann (124) betont, daß die bisherigen Forschungen das Überwiegen der linken Hemisphäre bei allen Sprachverrichtungen bewiesen haben. Seine Untersuchungen haben nun weiter gezeigt, daß die linke Hemisphäre für die Praxis überhaupt überwiegt, und zwar hat sich speziell herausgestellt, daß die rechte Hemisphäre nicht imstande ist, Bewegungen ohne Objekt zu machen: Die rechte Hemisphäre ist für die freien Bewegungen auf die Hilfe der linken angewiesen. — Das Sprechen ist eine freie objektlose Bewegung. Die Minderwertigkeit der rechten Hemisphäre für Phasie und Praxie basieren beide auf der nämlichen Unzulänglichkeit: Bewegungen ohne Objekte zu dirigieren.

Nieuwenhuijse (159) stellt fest: Die tuberkulöse Sklerose und die multiple Neurofibromatosis stellen sowohl in ihren klinischen Erscheinungen wie in ihren anatomischen Veränderungen zwei durchaus verschiedene Affektionen dar. Die Hautfibrome haben für jede Krankheit ihre besondere Eigenart. Im Gehirn findet sich eine Reihe typischer Prozesse in den seltenen Fällen, in denen die *Recklinghausen*sche Erkrankung mit Hirnveränderungen einhergeht. Diese Veränderungen stimmen mit den Befunden bei der tuberösen Sklerose meist überein.

Obersteiner (168) ist überzeugt, daß in der Pathogenese der meisten, wenn nicht aller Nervenkrankheiten neben einem exogenen noch ein endogener Faktor mitwirkt, wenn auch letzterer oft versteckt, erst nach genauer Prüfung auffindbar ist. *O.* bespricht eine ganze Reihe von Abweichungen im Zentralnervensystem, die auf Anlagefehlern beruhen.

Apraxie präzisiert *Heveroch* (92) als eine Störung der Handlung, wobei die Handlung als Resultat einzelner zu bestimmtem Zweck ausgeführten Bewegungen zu betrachten ist. Die Störung liegt darin, daß der Pat. entweder etwas anderes



macht, als man von ihm verlangt, oder die einzelnen Komponenten der Handlung so zusammenordnet, daß er die geforderte Aufgabe nicht zustande bringen kann. Der Pat. muß aber unsere Fragen verstanden haben. Mit anderen in Endresultaten zuweilen gleichen Erscheinungen darf Apraxie nicht verwechselt werden und ist scharf von der Paralyse-Lähmung der Muskeln, der Ataxie-Bewegungsstörung und Störung der Form der Handlung und den Tremor-Störungen infolge Vibrationen der Extremität zu unterscheiden, Bei der Apraxie lassen sich noch drei Typen unterscheiden: 1. Die Unfähigkeit zu koordinierten Bewegungen infolge des Willensunvermögens den Automatismus zur Tätigkeit zu bringen, 2. infolge der Störungen in der automatischen Funktion der Handlung und 3. infolge beider dieser Störungen zugleich und einer Störung der Fähigkeit, sich einzelne Bewegungen als Komponenten nacheinander bewußt zu machen. Autor pointiert die erste Form. Reiche Kasuistik. Auf die eingehende Kritik der betr. Literatur, namentlich der *Liepmann*schen Arbeit, kann im Referat nicht eingegangen werden.

(*Jar. Stuchlik*-Zürich.)

Die reine Alexie, die auf Wortblindheit oder Worttaubheit besteht ist nach *Sierba* (222) ziemlich selten. In vielen als Alexie figurierten Fällen handelt es sich um Anopsie (Kasuistik), weil dabei durch Verengerung des Gesichtsfeldes nur das Bild eines Buchstaben auf der Macula entstehen kann, aber nicht des ganzen Wortes; schon beim Gesunden kann man konstatieren, daß, was außerhalb des 5° großen Sehwinkels liegt, nicht mehr als lesbar bezeichnet werden kann.

(*Jar. Stuchlik*-Zürich.)

Für die Sprachstörungen, Dysphemie, schlägt *Peluas* (172) folgende Klassifikation und Terminologie vor: 1. Aphasische Dysphemie — die schwere Form Aphasie; 2. intermediäre Dysphemie — die Aphemie oder sog. reine motorische Aphasie; 3. paretische Dysphemie (Dysarthrie) — Anarthrie. Analog für die Schreibstörungen. Die Termini Paraphasie und Paragraphie soll man wegen ihrer Unbestimmtheit lieber verlassen; für intermediäre Dysfunktionen könnte man gut den *Heveroch*schen Begriff „meristische Funktionen" anwenden. Was die anatomische Lokalisation einzelner Funktionen betrifft, zeigt Verf. an der Kompliziertheit der Frage und unsere vollkommen ungenügende Kenntnisse darüber (im Ref. läßt sich die Diskussion nicht wiedergeben). Mitteilung eines Falles, bei welchem es sich um Dysarthrie mit Dysgraphie handelt (der Pat. versteht richtig, entwickelt die motorischen Wortbilder richtig, spricht aber schlecht aus und schreibt dazu noch schlecht). Im *Heveroch*schen Schema (vgl. die Ref. über *Heveroch*) ausgedrückt:

$$
\begin{array}{lll}
 & & F_2 \;—\;—\;— \;\underline{F_3}\ \text{(arthr.)} \\
 & & / \\
F_1 \;—\;—\;— & = & \\
 & & / \\
 & & \underline{F_2} \;—\;—\;— \;F_3\ \text{(grf.)}
\end{array}
$$

(Unterstrichene Funktionen gestört.) (*Jar. Stuchlik*-Zürich.)

Szabo (224) untersuchte die Fermentwirkungen des Liquor cerebrospinalis bei verschiedenen Geisteskrankheiten und fand: Der Liquor enthält nur wenige



und schwach wirkende Enzyme. Diastase fand sich, wenn auch in geringem Grade, in der vielleicht als normal anzusehenden Zerebrospinalflüssigkeit bei Hysterie und Manie. Bei neutraler und schwach alkalischer Reaktion besitzt die Zerebrospinalflüssigkeit eine fettspaltende Eigenschaft. Der Liquor enthält ein ziemlich stark wirkendes oxydationvermittelndes Enzym. Der Liquor übt auch eine schwache katalytische Wirkung aus. Die pathologische Rückenmarksflüssigkeit übt stärkere Fermentwirkungen aus als die normale. Die Enzymbildung dürfte mit der Sekretionstätigkeit des Plexus chorioideus zusammenhängen. Die Enzymwirkungen des Liquor cerebrospinalis beweisen, daß diese Flüssigkeit im Stoffwechsel des Zentralnervensystems sowohl unter normalen wie unter krankhaften Verhältnissen eine aktive Funktion erfüllt.

Giese (78) untersuchte im Anschluß an einen Fall zahlreiche Geisteskranke auf die Erscheinungen der Pseudoneuritis optica. Er fand, daß die Abweichungen, welche die Pseudoneuritis von dem normalen Bau des Sehnervenkopfes bietet, kongenitale Anomalien sind. Dies scheint auch bestätigt zu werden durch die Beobachtung, daß diese Erscheinungen vier- bis fünfmal häufiger bei solchen Kranken gefunden wurden, deren psychisches Leiden nachweisbar auf Entwicklungsstörung des Gehirns basierte (besonders bei Imbezillen und Idioten).

Heveroch (93) weist literarisch nach, daß *Broca* nicht die sog. motorische Aphasie beschrieben hat, sondern eine Störung, bei welcher der Pat. „a perdu non la mémoire des mots, mais la mémoire des moyens de coordinations que l'on emploie pour articuler les mots", d. i. also Amerisia in Verf.s Sinne. Die kortikale motorische Aphasie hat er auch nicht beschrieben, denn diese Störung ist eine komplizierte, die man nun ganz falsch dem *Broca* zuschreibt (vgl. Ref. über Amerisia.)

(*Jar. Stuchlik*-Zürich.)

7. Allgemeine Psychiatrie.

Ref.: Hans Schroeder-Hildesheim.

1. *Adam, Fr.* (Charenton), Accès confusionels chez un persécuté persécuteur. Ann. méd.-psychol. 71, no. 2, p. 150.
2. *Alexandre-Bisson, J.*, Les phénomènes dits de matérialisation. Paris 1914. Félix Alcan. 311 S. 12 fr.
3. *Alix* et *Duman*, Hémoptysies congestives sans lésions pulmonaires dans un cas de folie à double forme. Bull. de la Soc. clin. de méd. ment. no. 6, p. 291.
4. *Allaman*, Obsession d'un aliéné de s'arracher les dents. La clinique vol. 8, p. 585.
5. *Alter* (Lindenhaus), Ein Fall von Selbstbeschuldigung. (S. 269*.)



6. *Alzheimer*, *A.*, 25 Jahre Psychiatrie. Ein Rückblick anläßlich des 25 jährigen Jubiläums von Professor Dr. *E. Sioli* als Direktor der Frankfurter Irrenanstalt. Arch. f. Psych. Bd. 52, H. 3.

7. *Ameline*, *M.* (Chezal-Benoit), Contre la frequente attribution des signes d'activité cérébrale à du surmenage scolaire. Ann. méd.-psychol., 71. Jahrg., no. 4, p. 385.

8. *Ameline*, Psychologie et origine de certains procédés arithmétiques adoptés par les calculateurs prodiges. Journ. de psychol. normale et pathol. no. 6, p. 465.

9. *Amman*, *Robert* (Zürich), Über Brompräparate. Deutsche med. Wschr. 1913, Nr. 23, S. 1104.

10. *Anton*, *G.*, und *v. Bramann* (Halle), Behandlung der angeborenen und erworbenen Gehirnkrankheiten mit Hilfe des Balkenstiches. Berlin. S. Karger. 188 S. 9 M. (S. 273*.)

11. *Arnaud*, *F. L.*, L'anarchie psychiatrique. L'encéphale no. 8, p. 106.

12. *Auerbach*, *S.* (Frankfurt a. M.), A new esthesiometer. The journ. of nervous and mental disease vol. 40, no. 2, p. 106.

13. *Austregésilo*, *Pinheiro* et *Marques* (Rio de Janeiro), Un cas de syndrôme pluriglandulaire endocrinique. Encéphale, Févr. 1913, p. 150.

14. *Bachem*, *C.*, Neuere Schlafmittel und ihre Anwendung. Berlin. Fischer, Med. Buchhandlung. 0,60 M. (S. 276*.)

15. *Bahr*, *M. A.*, Hallucinations, their study and significance in psychiatry. As tought by Prof. *Th. Ziehen* at Berlin. The Alienist and Neurologist vol. 34, no. 1, p. 38.

16. *Bajenoff* (Moskau), Quelques réflexions sur les folies gémellaires et familiales. Arch. d. Neurol. 1913, no. 4, p. 213.

17. *Bajenoff*, Quelques réflexions sur les folies gémellaires et familiales. Arch. intern. de Neurol. no. 4, p. 213.

18. *Ballet*, *G.*, La psychose hallucinatoire chronique et la désagrégation de la personnalité. L'Encéphale no. 6, p. 501.

19. *Ballet*, *G.*, et *Mallet*, *R.*, Hallucinations et dissociation de la personnalité. L'Encéphale no. 7, p. 1.

20. *Barat*, *Louis*, La psychiatrie de *Kraepelin*. Son objet et sa méthode. Revue philos., Jahrg. 38, no. 5, p. 486.



21. *Barr, M. W.* (Elwyn Pa.), Where fancies fly with painted wings to dazzle and mislead. The Alienist and Neurologist vol. 34, no. 1, p. 1.

22. *Barbieri, P.*, und *Carbone, D.*, Biochemische Studien über die Gehirnschwellung. a) Die akute Schwellung des Gehirns und die kolloidale Lehre vom Ödem. Biochem. Ztschr. Bd. 49, H. 3—4, S. 293.

23. *Bayer, H.*, Läßt sich der künstliche Abort aus rassehygienischen Gründen motivieren? Hegars Beiträge zur Geburtsh. u. Gynäkologie Bd. 18, H. 2.

24. *Bayerthal, J.* (Worms), Über die prophylaktischen Aufgaben der Schule auf dem Gebiet der Nerven- und Geisteskrankheiten. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 17, S. 201. (S. 273*.)

25. *Becker, W. H.*, Die Beziehungen der Psychiatrie zu den anderen medizinischen Spezialgebieten. Arch. f. Psych. Bd. 51. (S. 235*.)

26. *Becker, W. H.* (Weilmünster), Spezielle Prognose der Geisteskrankheiten. 37 S. 1 M. (Samml. zwangl. Abhandlungen aus dem Gebiet der Nerven- u. Geisteskrankh. Bd. X, H. 3.) (S. 239*.)

27. *Benigni, P. F.*, La reazione meiostagminica sul sangue di alcuni malati di mente. Rivista di pathologia nerv. e ment. vol. 18, fasc. 2.

28. *Benon, R.* (Nantes), Petits accès d'asthénie périodique. Ann. méd.-psychol. no. 5, p. 528.

29. *Benon, R.*, Énervement, anxiété périodiques et névroses d'estomac. Gaz. des hôp. no. 8, p. 120.

30. *Benon, R.*, La psychiatrie. Gaz. des hôp. no. 38, p. 615.

31. *Benon, R.*, De la démence traumatique. Annales d'hygiène publique et de méd. légale 20 (Octobr.), p. 307.

32. *Bernheim* (Nancy), Des hallucinations physiologiques et pathologiques. L'Encéphale no. 6, p. 509.

33. *Bernstein, A.*, Über den Stoffwechsel der Geisteskranken. Münch. med. Wschr. Nr. 36.

34. *Beyer, Bernh.* (Bayreuth), Über die Bedeutung des *Abderhalden*schen Dialysierverfahrens für die psychiatrische Diagnostik. Münch. med. Wschr. Nr. 44, S. 2450. (S. 254*.)



35. *Birnbaum*, *K.* (Berlin-Buch), Der Konstitutionsbegriff in der Psychiatrie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 20, H. 4, S. 520. (S. 249*.)

36. *Bisgaard*, *A.* (Kopenhagen), Die Eiweißuntersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit, durch 234 Fälle beleuchtet. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. XIV, H. 3. (S. 252*.)

37. *Bloch*, *E.* (Kattowitz), Über Intelligenzprüfung (nach der Methode von *Binet* und *Simon*) an normalen Volksschulkindern und Hilfsschulkindern. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 17, H. 6, S. 23. (S. 262*.)

38. *Bloch*, *Ernst* (Kattowitz), Die Intelligenzprüfung nach der *Binet-Simon*schen Methode in ihrer Bedeutung für die ärztliche Sachverständigentätigkeit. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 10, S. 208. (S. 262*.)

39. *de Block* (Lüttich), Contribution à l'étude de l'action du nucléinate de soude en médecine mentale. Journ. de Neurol. 5. Januar. (S. 275*.)

40. *Bönning*, Meine Erfahrungen mit Kodeonal. Berl. klin. Wschr. Nr. 29.

41. *Bönniger*, *M.* (Berlin-Pankow), Magenfunktion und Psyche. Deutsche med. Wschr. Nr. 19, S. 890. (S. 266*.)

42. *Bon*, *Jeanne*, Les guérisons de Lourdes. Paris. Librairie des Saints-Pères. 150 p. 2,50 fr.

43. *Bond*, *C. Hubert*, After-care in cases of mental disorder, and the desirability of its more extended scope. The Journ. of mental science vol. 59, no. 245, p. 274.

44. *Bond*, *D.*, The Personality and Outcome in Two Hundred Consecutive Cases. The americ. journ. of insan. vol. 69, no. 4, p. 731.

45. *Bonhoeffer* (Berlin), Ein Fall von Torsionsspasmus. Allg, Ztschr. f. Psych. Bd. 70, H. 2, S. 308.

46. *Bonhoeffer*, *K.* (Berlin), Über die Beziehung der Zwangsvorstellungen zum Manisch-Depressiven. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 33, H. 4, S. 355.

47. *Bonnier*, *P.*, L'action directe sur les centres nerveux. Centrothérapie. Paris, Félix Alcan. (S. 272*.)

48. *Borda*, *J. T.*, Sobre un caso de psicosis post-traumatica terminada

por la curatión. Revista de la sociedad de psiquiatria, neurologia y medicina legal. p. 14.

49. *Bornstein*, *A.* (Hamburg), Über den Stoffwechsel bei Geisteskranken. Münch. med. Wschr. Nr. 36, S. 1994.

50. *Bossi* (Genua), Psychiatrie und Gynäkologie. Münch. med. Wschr. Nr. 3, S. 134.

51. *Bossi* (Genua), Eierstocks-, Uteruskrankheiten und Psychopathien. Beitr. z. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 18, H. 1.

52. *Bräutigam* (Berlin), Erfahrungen mit Valamin, einem neuen Beruhigungs- und Einschläferungsmittel. Deutsche med. Wschr. Nr. 47. (S. 277*.)

53. *Braun*, *L.* (Klein-Türnitz), *Dubois*sche Behandlung der Psychoneurosen. Wien. med. Wschr. Nr. 22.

54. *Bresler*, *J.* (Lüben), *Abderhaldens* Abwehrfermente des tierischen Organismus und ihre Bedeutung für die Erforschung geistiger Störungen. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 16, S. 191.

55. *Bresler*, *J.* (Lüben), Psychiatrie und Bakteriologie. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 28, S. 325.

56. *Briand*, *M.*, La première victime des „Bombes asphyxiantes". Bull. de la Soc. clin. de méd. ment. no. 4, p. 151.

57. *Briggs*, *L. V.* (Boston), Problems with the insane. The americ. journ. of insan. vol. 70, no. 2, p. 467.

58. *Brückner*, *G.*, Über Aleudrin. Ther. d. Gegenw. H. 12.

59. *Bumke*, *O.* (Freiburg), Ein objektives Zeichen der nervösen Erschöpfung. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 34, H. 1, S. 92.

60. *Bumke* (Freiburg i. Br.), Ein objektives Zeichen der nervösen Erschöpfung. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 70, H. 5, S. 852.

61. *Bumke*, *O.* (Freiburg), Gynäkologie und Psychiatrie. Med. Klinik Nr. 30, S. 1194.

62. *Bundschuh*, *R.* (Illenau), Die Methodik des *Abderhalden*schen Dialysierverfahrens in der Psychiatrie. Psych.-neurol. Wschr. 1913, Nr. 48, S. 580. (S. 255*.)

63. *Bundschuh*, *R.*, und *Roemer*, *H.* (Illenau), Über das *Abderhalden*sche Dialysierverfahren in der Psychiatrie. Deutsche med. Wschr. Nr. 42, S. 2029. (S. 255*.)

64. *Bunnemann* (Ballenstedt), Über psychogene Schmerzen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 34, H. 2, S. 142.



Bunnemann (Ballenstedt), Über die Erklärbarkeit suggestiver Erscheinungen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 34, H. 4, S. 349.

Burlereaux, Sur les méthodes générales psychothérapeutiques. Arch. intern. de Neurol. no. 5, p. 288.

Bychowski, *Z.* (Warschau), Beiträge zur Diagnose und Therapie einiger Gehirnkrankheiten. Neurol. Zentralbl. Nr. 10, S. 613.

Byon, *W. G.* (Albany, N. Y.), Some suggestions regarding the improvements of the medical service and the care and treatment of the insane. The americ. journ. of insan. vol. 70, no. 2, p. 497.

Calligaris, *Giuseppe*, Nuove ricerche sulle linee cutanee iperestesiche. Rivista Sperimentale de Freniatria vol. 39, p. 58—97.

Carbone e *Nizzi*, Ricerche sui rapporti fra colesterina e reazione del *Wassermann*. Biochimica e Terapia sperimentale, Jahrg. 4, fasc. 4. (S. 252*.)

. *Carlisle*, *Chester L.*, The relation of certain psychoses to the neuroses. The americ. journ. of insan. vol. 69, fasc. 3, p. 497.

. *Cerletti*, *U.*, Per una psichiatria comparata. Rivista Sperimentale di Freniatria vol. 38, fasc. 4.

. *Chambers*, *James* (Rochampton), On the prevention of the insanities. The Journal of Mental Science no. 247, p. 549.

. *Christinger*, *Minna* (Zürich), Die Krankheit der drei Geschwister Weilemann. Klinischer Beitrag zur Kenntnis der heredofamiliären Erkrankungen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 34, H. 5.

5. *Cimbal*, *W.* (Altona), Schutz vor Schlafmittelvergiftungen. Münch. med. Wschr. Nr. 47, S. 2626.

6. *Cimbal*, *W.* (Altona), Taschenbuch zur Untersuchung nervöser und psychischer Krankheiten. Berlin, J. Springer. 211 S. 4,40 M. (S. 238*.)

77. *Clarke*, *Geoffr.* (Banstead), The forms of mental disorder occurring in connection with child-bearing. The journ. of mental Science vol. 59, no. 244, p. 67.

78. *Clerc*, *Marcel*, Les aliénés à bord des navires. Revue de Psych. no. 12, p. 509.

79. *Colonval*, Exercises de calcul mental: une méthode spéciale. Les annales pédologiques 4, fasc. 3, p. 19.



80. *Consiglio*, *P.*, Nevrosi e psicosi in guerra. Giornale di med. militare vol. 61, fasc. 1.

81. *Cornelius*, *R.*, De l'autosuggestion dans ses rapports avec les psycho-névroses dépressives. L'autosuggestion post-paroxytique. Journ. de psychol. normale et pathol. no. 3, p. 198.

82. *Correns*, *C.*, und *Goldschmidt*, *R.*, Die Vererbung und Bestimmung des Geschlechts. Berlin, Gebr. Bornträger. 149 S. 4,50 M. (S. 247*.)

83. *Cotton*, *H. A.* (Trenton), Some problems in the study of heredity in mental diseases. (Worcester State Hospital papers 1912—13, p. 1—73.)

84. *Courbon*, *P.* (Amiens), Le syndrome atavisme du zoanthropoïdisme mental. 22. Congrès des aliénistes et neurologistes, tenu à Tunis, Avril 1912.

85. *Courbon*, *Paul* (Amiens), Interprétations délirantes et perceptivité cénesthesique. Revue de Psych. no. 6, p. 239.

86. *Cuno*, *R.*, Presse und Psychiatrie. Berl. klin. Wschr. Nr. 22, S. 1044. (S. 235*.)

87. *Cygielstreich*, Influence des émotions sur la genès de la confusion mentale. Ann. méd.-psychol., März 1913. (S. 266*.)

88. *Damaye*, *H.* (Bailleul), Démence consécutive a une psychose prolongée — installation lente du syndrome physique p.-g. Revue de Psych. et de Psychol. expérimentale no. 10, p. 412.

89. *Damaye*, *H.* (Bailleul), La psychiatrie actuelle et la thérapeutique des affections curables. Ann. méd.-psychol. 71, no. 3, März, p. 290.

90. *Damaye*, *H.* (Bailleul), Associations de la confusion mentale: la confusion intermittente. Revue de Psych. et de Psychol. expérimentale no. 2, p. 62.

91. *Damaye*, *H.* (Bailleul), L'orientation moderne de la psychiatrie. L'Écho médical du Nord. 9 fevr. 1913.

92. *Damaye*, *H.* (Bailleul), L'ictus dans les maladies mentales. Arch. de Neurol. 35.

93. *Damaye*, *H.* (Bailleul), La thérapeutique des maladies mentales. Le Progrès médical no. 36, p. 463.

94. *Dana*, *Ch. L.* (New York), Mental tests. Medical record. 4. Jan. 1913.



Dana, *Ch. L.*, and *Berkeley*, *W. S.*, and *Cornell* (New York), The functions of the pineal gland. Medical record. 10. May 1913. (S. 276*.)

Daneo, *L.*, Sulla psico-patalogia dell' emozione durante la guerra. Rassegna di studi psichiatrici 3, fasc. 2, p. 95.

Degenkolb, *K.* (Amsterdam), Über schizophrene Symptome, Muskelerregbarkeit und Schleimhautreflexe in einem Falle von Blitzneurose und über Kapitalabfindung solcher Fälle. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 34, H. 5.

Deist, *H.*, Über Luminal. Klinik f. psych. u. nervöse Krankh. Bd. 8, H. 1.

Delage, *Yves*, Psychologie du rêveur. Bull. de l'institut général psycholog. no. 4, p. 195.

'. *Demay*, *G.*, et *Libert*, *L.*, Les delires de jalousie. Ann. méd.-psychol. octobre-novembre 1913.

.. *Demay*, *G.* (Paris), L'hérédité vésanique similaire. Revue de Psych. et de Psychol. expérimentale no. 4, p. 133.

2. *Demay*, *G.* (Paris), Des psychoses familiales. Paris, Ollier-Henry. 175 S. (S. 248*.)

3. *Dercum*, *Fr. X.* (Philadelphia), A clinical manual of mental diseases. Philadelphia and London, W. B. Saunders & Co.

4. *Dide*, *M.*, Die Nosologie des passionierten Idealismus. Neurol. Zentralbl. Nr. 11, S. 688.

5. *Dide*, *M.*, Les idéalistes passionés. Paris, F. Alcan, 1913. 176 S. 2,50 fr.

6. *Dide*, *M.*, et *Carras*, *G.* (Toulouse), Psychose périodique complexe. Délire d'interprétation, psychose excito-depréssive, obsessions et impulsions. Ann. méd.-psychol. 71, no. 3, p. 257.

17. *Dide*, *M.*, et *Levèque*, *J.* (Toulouse), Psychose à base d'interprétation passionée. Un idéaliste passioné de la justice et de la bonté. Nouvelle Iconogr. de la Salpêtrière no. 1, p. 1.

08. *Dietz*, *G.*, Untersuchungen über Kodeonal, ein neues Schlafmittel. Inaug.-Diss. Gießen.

09. *Doherty*, *C. E.* (New Westminster B. C.), Treatment of the insane in British Columbia. The americ. journ. of insan. vol. 69, fasc. 3, p. 609.

110. *Dominici*, *Marchand*, *Chéron* et *Petit*, Essai de traitement des psychoses aiguës par le bromure de radium et par des sérums radioactifs. Revue de Psych. no. 12, p. 485. (S. 276*.)

111. *Donath*, *J.* (Budapest), Technik, diagnostischer und therapeutischer Wert der Lumbalpunktion. Sammlung klinischer Vorträge (*Volkmann*) Nr. 689. Leipzig, J. A. Barth. 0,75 M. (S. 252*.)

112. *Dosio*, *E.*, Il „Luminal" come ipnotico. Annali di freniatria e scienze affini 23, fasc. 1, p. 84.

113. *Dubois*, Die Isolierkur in der Behandlung der Psychoneurosen. Ztschr. f. Balneologie, 6. Jahrg., Nr. 1.

114. *Ducosté*, *Maurice* (Alençon), Deux observations de délire d'interprétation. Ann. méd.-psychol., 71. Jahrg., no. 4, p. 408.

115. *Dupré* et *Marmico*, Auto-emasculation dans un raptus anxieux, rôle de la suggestion étrangère. Revue de médecine légale p. 268.

116. *Ebstein*, *Erich* (Elbing), Zur Therapie der Schlaflosigkeit. Med. Klinik Nr. 39, S. 1598.

117. *Ebstein*, *E.*, Zur Polydaktylie in der Familie Bilfinger. Klinik f. psych. u. nervöse Krankh. Bd. 8, H. 1.

118. *Ebstein*, *Erich*, Zur Lehre von den Degenerationszeichen an den Händen. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 67 u. 68.

119. *Edinger*, *Ludwig* (Frankfurt a. M.), Zur Funktion des Kleinhirns. Deutsche med. Wschr. Nr. 14.

120. *Ellis*, *Havelock* (Buxton-London), Sexo-aesthetic inversion. The Alienist and Neurologist vol. 34, no. 2. (S. 262*.)

121. *Engelen* (Düsseldorf), Über die Massenerziehung und Vielwisserei in der Schule. München, O. Gmelin. 29 S. 0,60 M. (S. 235*.)

122. *Engelen* (Düsseldorf), Über Sedobrol. Deutsche med. Wschr. Nr. 26, S. 1257.

123. *Ermakow*, *J.* (Moskau), Sur l'origine psychique de la catalepsie. Arch. intern. de Neurol. no. 5, p. 309.

124. *Falta*, *V.* (Wien), Die Erkrankungen der Blutdrüsen. Berlin, Jul. Springer. 20 M.

125. *Fauser*, *A.* (Stuttgart), Die Serologie in der Psychiatrie. Rückblicke und Ausblicke. Münch. med. Wschr. Nr. 36, S. 1984. (S. 254*.)



126. *Fauser*, *A.* (Stuttgart), Pathologisch-serologische Befunde bei Geisteskranken auf Grund der *Abderhalden*schen Anschauungen und Methodik. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 9, S. 105. (S. 253*.)

127. *Fauser*, *A.* (Stuttgart), Pathologisch-serologische Befunde bei Geisteskranken auf Grund der *Abderhalden*schen Anschauungen und Methodik. Autoreferat: Deutscher Verein für Psychiatrie. (S. 253*.)

128. *Fauser*, *A.* (Stuttgart), Erklärung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. XIX, 1913, S. 616. (S. 254*.)

129. *Fauser*, *A.* (Stuttgart), Zur Frage des Vorhandenseins spezifischer Schutzfermente im Serum von Geisteskranken. Münch. med. Wschr. Nr. 11, S. 1915.

130. *Fauser*, *A.* (Stuttgart), Weitere Untersuchungen (3. Liste) auf Grund des *Abderhalden*schen Dialysierverfahrens. Deutsche med. Wschr. Nr. 7, S. 304. (S. 254*.)

131. *Fauser*, *A.* (Stuttgart), Pathologisch-serologische Befunde bei Geisteskranken auf Grund der *Abderhalden*schen Anschauungen und Methodik. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 70, H. 5, S. 841 (vgl. ebenda H. 5, S. 719).

132. *Fauser*, *A.* (Stuttgart), Pathologisch-serologische Befunde bei Geisteskranken auf Grund der *Abderhalden*schen Anschauungen und Methodik. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 70, H. 5, S. 719.

133. *Fehling*, *H.*, Ehe und Vererbung. Stuttgart, Ferd. Enke. 34 S. 1,20 M.

134. *Ferrand*, *J.*, et *Piquemal*, *J.*, Délire de persécution avec hallucinations auditives causées par un état obsédant chez un cyclothymique. Considérations psychiatriques et médicolégales. Gaz. des hôp. no. 148, p. 347.

135. *Fingerhut*, *Friedrich*, Zur Lehre von den transitorischen Bewußtseinsstörungen während der Geburt. Inaug.-Diss. Kiel.

136. *Fischer*, *J.* (Gehlsheim), Weitere Untersuchungen mit dem *Abderhalden*schen Dialysierverfahren an Geisteskranken. Deutsche med. Wschr. Nr. 44, S. 2138. (S. 254*.)

137. *Fischer*, *J.*, Gibt es spezifische, mit dem *Abderhalden*schen Dialysierverfahren nachweisbare Fermente im Blutserum Geistes-



kranker? Sitzungsbericht u. Abhandlungen d. Naturforschend. Gesellsch. zu Rostock Bd. 5. (S. 254*.)

138. *Flatau*, *E.*, und *Sterling*, *W.* (Czyste-Warschau), Über das Symptom der Subpatellardelle. Neurol. Zentralbl. Nr. 24, S. 1537.

139. *Flatau*, *Germ.* (Dresden), Über den *Ganser*schen Symptomenkomplex. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 15, H. 1 u. 2, S. 122. (S. 272*.)

140. *Forster* (Berlin), Ein Fall von zirkumskripter Autopsychose auf Grund einer überwertigen Idee. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 70, H. 2, S. 310.

141. *Frank*, *L.* (Zürich), Affektstörungen. Studien über ihre Ätiologie und Therapie. Monographien aus dem Gesamtgebiete der Neurologie und Psychiatrie, herausgegeben von *Alzheimer* und *Lewandowsky*, H. 4. Berlin, Jul. Springer. 399 S. 16 M. (S. 274*.)

142. *Franz*, *V.* (Leipzig-Marienhöhe), Der Lebensprozeß der Nervenelemente. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 58 S. 2,40 M. (S. 243*.)

143. *Freimark*, *H.*, Robespierre. Historisch-psychologische Studie. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 46 S. 1,30 M.

144. *Frey*, *F. R.* (St. Louis), The rebounding pupil. The journ. of nervous and mental disease vol. 40, no. 7, p. 437. (S. 271*.)

145. *Friedel*, *Erwin* (Roda S.-A.), Die Sterilisierung Geisteskranker aus sozialer Indikation. Deutsche med. Wschr. Nr. 20, S.. 946. (S. 251*.)

146. *Friedländer*, *A.* (Hohe-Mark), Über die Anwendung pyrogenetischer Mittel in der Psychiatrie. Arch. f. Psych. Bd. 52, H. 3. (S. 275*.)

147. *Froment*, *Boulud* et *Pillon*, Délire albuminurique. Soc. méd. des hôp. de Lyon. 4 mars.

148. *Fuchs*, *W.* (Emmendingen), Wie schützen wir uns vor Irrsinn und Irren? München, O. Gmelin. 27 S. 0,60 M. (S. 265*.)

149. *Fuhrmann*, *M.* (Detmold), Diagnostik und Prognostik der Geisteskrankheiten. Ein kurzes Lehrbuch. 2. Aufl. Leipzig, A. Barth. 367 S. 6,75 M. (S. 237*.)

150. *Ganter*, *R.* (Wormditt), Über Degenerationszeichen (von Iris, Ohr, Zähnen usw.) bei Gesunden, Geisteskranken, Epilep-



tikern und Idioten. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 70, H. 2, S. 205.

Genil-Perrin, *G.*, La psychiatrie clinique dans l'œuvre de *Félix Plater*. Revue de Psych. no. 7, p. 265.

Genil-Perrin, *G.* (St. Anne), L'idée de dégénérescence en médecine mentale. Revue de Psych. et de Psychol. expérimentale no. 2, p. 45.

Geßner, *Hans*, Ein Fall von traumatischer Geistesstörung. Inaug.-Diss. Würzburg.

Gildemeister, *M.* (Straßburg i. E.), Über die physikalisch-chemischen und physiologischen Vorgänge im menschlichen Körper, auf denen der psychogalvanische Reflex beruht. Münch. med. Wschr. Nr. 43. (S. 262*.)

. *Goldbladt* (Kiew), Neues Reflexometer. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 46, H. 2.

. *Goldstein*, *K.* (Königsberg), Ein Fall von Akromegalie nach Kastration bei einer erwachsenen Frau. Münch. med. Wschr. Nr. 14, S. 757.

7. *Gorrieri*, *A.*, Contributo allo studio delle turbe neuro-psichiche dovute ad emozioni durante la guerra italo-turca. Rassegna di studi psichiatrici vol. 3, p. 397.

8. *Gorrieri*, *A.*, Contributo all' anatomia patologica di alcune ghiandole a secrezione interna in alcune forme di malattia mentale. Rivista Sperimentale di Freniatria vol. 39, p. 263—349.

9. *Gorriti*, *F.*, Une forme associée de délire d'interprétation; son autonomie clinique et sa place nosographique. Bull. de la Soc. clin. de méd. mentale no. 4, p. 182.

60. *Goss*, *A. V.*, Occupation as a remedial agent in the treatment of mental diseases. The americ. journ. of insan. vol. 70, no. 2, p. 477.

61. *Grasset*, Les demi-fous. Le Bull. médical no. 65, p. 747.

62. *Grau*, *Wilhelm*, Das Verhalten der Schleimhautreflexe bei organischen und funktionellen Erkrankungen des Nervensystems auf Grund des Materials der Kgl. Psych. Klinik in Königsberg. Inaug.-Diss. Königsberg.

63. *Gregor*, *A.*, und *Gorn*, *W.*, Zur psychopathologischen und klinischen Bedeutung des psychogalvanischen Phänomens.



Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. XVI, H. 1/2. (S. 262*.)

164. *Grißlich, O.* (Stuttgart), Zur Frage der Veronalbehandlung bei mehrjähriger häufiger Anwendung dieses Mittels bei einem und denselben Kranken. Med. Klinik Nr. 46, S. 1895.

165. *Grosz, C.*, und *Pappenheim, M.*, Über die Einwirkung politischer Ereignisse auf psychische Krankheitsbilder. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 34, H. 1 u. 2, S. 125.

166. *Gruhle, H. W.* (Heidelberg), Die Bedeutung des Symptoms in der Psychiatrie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 16, H. 3—4, S. 465. (S. 243*.)

167. *Gutzmann, H.* (Berlin), Versuch einer synoptischen Gliederung der Sprachstörungen auf der Grundlage ihrer klinischen Symptome. Berl. klin. Wschr. Nr. 26, S. 1193.

168. *Haenisch, G.* (Berlin), Zur diagnostischen Bedeutung des *Ganser*schen Symptoms. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 33, H. 5, S. 439.

169. *Hajós Emerich*, Über ein scheinbar abnormes Bündel der menschlichen Oblongata. Eine direkte zerebro-bulbo-zerebellare Pyramidenbahn. Hirnpathologische Beiträge aus dem hirnpathologischen Institut der Universität Budapest, 1913, H. 2, S. 182. (S. 243*.)

170. *Halberstadt, M.* (Paris), Contribution à l'étude des paraphrénies. Arch. de Neurol. no. 6.

171. *Halberstadt, M.* (Paris), Contribution à l'étude du transitivisme. Journ. de psychol. normale et pathol. no. 5.

172. *Halberstadt, M.* (Paris), Un cas de psychose dégénérative post-émotionelle. Revue de Psych. et de Psychol. expérimentale no. 4, p. 150.

173. *Hartung, E.* (Bernburg), Über die Wirkung des Luminals. Deutsche med. Wschr. Nr. 7, S. 308.

174. *Hatschek, R.* (Gräfenberg), Praxis und Psychotherapie. Wien. klin. Wschr. Nr. 25.

175. *Hauptmann, A.* (Freiburg), Die diagnostische Bedeutung der Lumbalpunktion. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiet der Nerven- und Geisteskrankheiten Bd. X, H. 1, 23 S. Halle, C. Marhold. 1 M. (S. 252*.)



Hauptmann, A. (Freiburg i. Br.), Untersuchungen über das Wesen des Hirndrucks. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. XIV, H. 3, S. 313. (S. 271*.)

Hauptmann (Freiburg), Untersuchungen über das Wesen des Hirndrucks. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 1, H. 1, S. 164.

Haury, Paresse pathologique. Bull. de la Soc. clin. de méd. mentale no. 7, p. 313.

Haviland, C. Floyd (Kings Park), Occupation for the insane. The americ. journ. of insan. vol. 69, no. 3, p. 483.

Haymann, H. (Konstanz-Bellevue), Menstruationsstörungen bei Psychosen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 15, H. 5, S. 511. (S. 269*.)

Haymann, Herm. (Konstanz-Bellevue), Der galvanische Lichtreflex unter psychopathologischen Verhältnissen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 17, H. 1, S. 134.

. *Hegar, A.* (Wiesloch), Beitrag zur Frage der Sterilisierung aus rassehygienischen Gründen. Münch. med. Wschr. Nr. 5. (S. 251*.)

. *Heilbronner, K.* (Utrecht), Konstitutionelles Wachträumen. Als Beitrag zur Pathologie des Persönlichkeitsbewußtseins. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 34, H. 6, S. 510.

:. *Heim*, Nervenerregende Winde. Ztschr. f. Balneologie, Jahrg. 6, Nr. 6 u. 7.

). *Heinz, R.* (Erlangen), Diogenal. Ein bromhaltiges Derivat des Veronals: Dibrompropyldiäthylbarbitursäure. Münch. med. Wschr. Nr. 47, S. 2618. (S. 277*.)

6. *Heise, W.* (Landsberg a. W.), Über Versuche mit Opsonogen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 70, H. 2, S. 291.

7. *Henrichs, J.*, Erblichkeitsstudien in der Psychiatrie. Norsk mag. f. laegevid no. 8.

38. *Herman* et *Holländer*, La réaction de *Wassermann* et l'aliénation mentale. Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique, Sitzung vom 28. XII. 1912. (S. 265*.)

39. *Heron, David* (London), Mendelism and the problem of mental defect. London, Dulan & Co. 62 S. 2 sh.

90. *Hess, E.* (Görlitz), Gabriel Schillings Krankheit. Psychiatrische Bemerkungen zu Gerhart Hauptmanns Drama. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 11, S. 131. (S. 264*.)



191. *Hirschfeld, R.*, und *Lewandowsky, M.*, Der Eigenreflex der großen Zehe. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 16, H. 1 u. 2, S. 232.

192. *Hirschfeld, M.* (Berlin), Die Homosexualität des Mannes und des Weibes. Handbuch der gesamten Sexualwissenschaft in Einzeldarstellungen Bd. III, 1067 S. Berlin, L. Marcus, 1914. 12 M. (S. 261*.)

193. *Hoche, A.*, Die Störungen der psychischen Funktionen. Handbuch der allgemeinen Pathologie, herausgegeben von *L. Krahl* und *F. Marchand*, II. Bd., II. Abt., S. 372. (S. 243*.)

194. *v. Hoffmann, G.*, Die Rassenhygiene in den Vereinigten Staaten von Nordamerika. 237 S. München, J. F. Lehmann. 4 M. (S. 250*.)

195. *v. Hoffmann, G.* (Chicago), Sammlung von Vererbungsdaten durch „Field Workers“ in den Vereinigten Staaten von Nordamerika. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 9, S. 108.

196. *Hoffmann, R.* (München), Über das Anovarthyreoidserum. Münch. med. Wschr. Nr. 13, S. 693.

197. *Hohmann, Aloys*, Über Puerperalpsychosen. Inaug.-Diss. Königsberg.

198. *Hollander, B.*, The first signs of insanity. New York, Funk, C. Wagnalls Co. 3,25 Doll.

199. *Hübner, A. H.* (Bonn), Pathologie und Therapie der Degeneration. Deutsche med. Wschr. Nr. 20, S. 921. (S. 269*.)

200. *Hughes, C. H.* (St. Louis), Eugenics in the magazine, especially the medical. The Alienist and Neurologist vol. 34, no. 3, 314.

201. *Hughes, C. H.* (St. Louis), Happy thought insane. The Alienist and Neurologist vol. 34, no. 2, p. 175.

202. *Hummer, H. R.* (Canton South Dakota), Insanity among the Indians. The americ. journ. of insan. vol. 69, fasc. 3, p. 615.

203. *Hussels* (Landsberg a. W.), Über die Anwendung des *Abderhalden*schen Dialysierverfahrens in der Psychiatrie. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 27, S. 329. (S. 256*.)

204. *Ilberg, G.* (Sonnenstein), Ein pathologischer Lügner und Schwindler. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. XV, H. 1/2, S. 1. (S. 269*.)

205. *Imhof, A.* (Haar), Über Geisteskrankheit und Osteomalazie.



Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 14, H. 2, S. 137. (S. 272*.)

. *v. Issekutz, B.*, Über Glykobrom, ein neues organisches Brompräparat. Therapeut. Monatsh. Bd. 27, S. 574.

. *Isserlin, M.* (München), Psychologische Einleitung. II. Abt. Allgemeiner Teil des Handbuches der Psychiatrie, herausgegeben von *Aschaffenburg*. 198 S. Leipzig und Wien, Fr. Deuticke. 8 M. (S. 237*.)

3. *Isserlin* u. *Gudden* (München), Psychiatrische Jugendfürsorge. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 70, H. 1, S. 147.

). *Jaeger, R.*, und *Goldstein, M.* (Halle a. S.), Goldsolreaktion im Liquor cerebrospinalis. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1913, Bd. XVI, H. 1—2. (S. 253*.)

0. *Jahnel, Franz* (Frankfurt a. M.), Ein Beitrag zur Kenntnis der geistigen Störungen bei der Eklampsie. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 52, H. 3. (S. 269*.)

1. *Jaspers, Karl* (Heidelberg), Allgemeine Psychopathologie. Ein Leitfaden für Studierende, Ärzte und Psychologen. Berlin, Jul. Springer. 338 S. 8,80 M.

12. *Jelliffe, S. E.* (New York), Notes on the history of psychiatry. The Alienist and Neurologist vol. 34, no. 3, p. 235.

13. *Jentsch, E.*, Das Pathologische bei Otto Ludwig. 72 S. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 2,40 M. (S. 264*.)

14. *Jödicke, P.* (Stettin), Psychiatrie und Stomatologie. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 30.

15. *Johannessohn, F.* (Berlin), Klinischer Beitrag zur Bewertung von Ureabromin (Bromkalziumharnstoff). Deutsche med. Wschr. Nr. 6, S. 268.

216. *Jolly, Ph.* (Halle a. S.), Über Heredität bei Geistesgesunden und Geisteskranken. Med. Klinik Nr. 10, S. 364. (S. 249*.)

217. *Jolly, Ph.* (Halle a. S.), Die Heredität der Psychosen. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 52, S. 377. (S. 249*.)

218. *Joteiko, J.*, Les défenses psychiques. La fatigue. Revue psychol. 6, fasc. 2, p. 147.

219. *Juquelier, P.*, et *Filassier, A.*, Quelques resultats d'une enquête sur le mariage et la vie conjugale de mille aliené́s parisiens. Revue de Psych. et de Psychol. experimentale no. 2, p. 77.

220. *Juquelier, P.*, et *Vinchow, J.* (Paris), Les vapeurs, les vaporeux et le Doct. Pomme. Ann. méd.-psychol. no. 6 (juin), p. 641.

221. *Kafka, V.* (Hamburg-Friedrichsberg), Über den Nachweis von Abwehrfermenten im Urin. Med. Klinik 1914, Nr. 12. (S. 259*.)

222. *Kafka, V.* (Friedrichsberg), Über den Nachweis von Abwehrfermenten im Blutserum vornehmlich Geisteskranker durch das Dialysierverfahren nach *Abderhalden*. I. Mitteilung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 18, H. 3, S. 341. (S. 259*.)

223. *Kafka, V.* (Friedrichsberg), *Abderhalden*sche Reaktion. Hamb. Ärzte-Korresp. Nr. 23. (S. 259*.)

224. *Kafka, V.* (Friedrichsberg), Neues aus dem Gebiete der diagnostischen Untersuchung des Blutes und der Zerebrospinalflüssigkeit bei Erkrankungen des Zentralnervensystems. Deutsche med. Wschr. Nr. 39, S. 1874. (S. 258*.)

225. *Kafka, V.* (Hamburg-Friedrichsberg), Über die Anwendung der intrakutanen Luetinreaktion nach *Noguchi* in der Psychiatrie. Psych.-neurol. Wschr., 15. Jahrg., 1913, Nr. 32. (S. 260*.)

226. *Kafka, V.* (Friedrichsberg), Beiträge zur Serologie der Erkrankungen des Zentralnervensystems. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 50.

227. *Kahane, H.* (Wien), Über psychische Depressionen. Wien. klin. Wschr. Nr. 46, S. 1881.

228. *Kalmus, E.* (Prag), Zur Prophylaxe der Psychosen. Prag. med. Wschr. Nr. 7. (S. 265*.)

229. *Kannegießer, F.*, War Napoleon Epileptiker? Prag. med. Wschr. S. 451.

230. *Kannegießer, Fr.* (Neuchâtel), Hat die Blutsverwandtschaft der Eheleute einen schädlichen Einfluß auf die Gesundheit der Nachkommen? Münch. med. Wschr. Nr. 14, S. 762.

231. *Kastan* (Rostock), Adrenalingehalt des Blutes bei einigen Psychosen. Arch. f. Psych. Bd. 50, H. 2. (S. 260*.)

232. *Katahira, S.*, Über den Zusammenhang der Menstruation und Psychose oder die Menstruationspsychose. Inaug.-Diss. München.

233. *Kellog, Th. G.*, Mental morbidities of conjugal state. Medical record 84, p. 104.



Keniston, *J. M.* (Middletown, Conn.), Self-mutilation by the insane. Boston med. and surg. journ. vol. 168, p. 571.

Kirchberg, *Paul* (Frankfurt a. M.), Hirngewichte bei Geisteskranken. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 53, H. 3. (S. 272*.)

. ***Kirchberg***, *P.* (Frankfurt a. M.), Psychische Störungen während der Geburt. Arch. f. Psych. Bd. 52, H. 3. (S. 269*.)

. ***Kirchberg*** (Frankfurt a. M.), Zur Lehre von den Kinderpsychosen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 70, H. 5, S. 816.

;. ***Kiuchi***, *Toyo*, Über den Zusammenhang der Geisteskrankheiten mit dem Geburtsakt und Wochenbett. Inaug.-Diss. München.

). ***Klammer***, *M. H.*, Über die Verstärkung der Wirkung eigentlicher Narkotika durch Bromsalze. Inaug.-Diss. Bern.

). ***Klebelsberg***, *E. v.* (Hall i. Tirol), Erfahrungen mit Luminal. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 34, S. 415. (S. 277*.)

1. ***Kleist*** (Erlangen), Über Bewußtseinszerfall. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 70, H. 5, S. 850.

2. ***Klieneberger***, *Otto* (Göttingen), Über Adiposis dolorosa. Med. Klinik Nr. 47, S. 1924.

3. ***Klieneberger***, *O.* (Königsberg), Über Narkolepsie. Berl. klin. Wschr. Nr. 6, S. 246.

14. ***Klippl***, *M.*, et *Weil*, *M.-P.*, La réaction d'activation du venin de cobra; sa fréquence au cours des maladies mentales; sa valeur prognostique chez les paralytiques généraux et les déments précoces. Semaine médicale no. 41, p. 481.

45. *Knappe*, *W.*, Die Generationspsychosen in der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Osnabrück. Inaug.-Diss. Greifswald.

246. *Knauer*, *A.*, and *Maloney*, *W.*, A preliminary note on the psychic action of mescalin, with special reference to the mechanisme of visual hallucinations. The journ. of nervous and ment. disease vol. 40, no. 7, p. 425.

247. *König* (Kiel) und *Linzenmeyer*, Über die Bedeutung gynäkologischer Erkrankungen und den Wert ihrer Heilungen bei Psychosen. Arch. f. Psych. Bd. 51, S. 1002.

248. *Koustorum*, *S.*, Über die genetischen Beziehungen zwischen katatonischen Symptomen und Sinnestäuschungen. Inaug.-Diss. Jena.



249. *Kraepelin, E.* (München), Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. 8. Aufl. Bd. 3. Klinische Psychiatrie, 2. Teil. Leipzig, A. Barth. 22 M. (S. 236*.)

250. *Krueger, H.* (Königslutter), Hirngewicht und Schädelkapazität bei psychischen Erkrankungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. XVII, H. 1. (S. 245*.)

251. *Krüger, Friedrich*, Über das Wesen von den Zwangsvorstellungen. Inaug.-Diss. Kiel.

252. *Kure, Sh.* (Tokio), Über die im japanisch-russischen Krieg beobachteten Geistesstörungen. Neurologia, Deutsche Ausgabe, Bd. 4, S. 1.

253. *Kurella, H.*, Die Intellektuellen und die Gesellschaft. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 3,60 M. (S. 242*.)

254. *Kutzinski* (Berlin), Ungewöhnlicher Verlauf eklamptischer Delirien. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 70, H. 2, S. 313.

255. *Kutzinski* (Berlin), Stuporzustände bei einer Degenerierten? Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 70, H. 5, S. 859.

256. *Laache, S.* (Christiania), Über Schlaf und Schlafstörungen, ihre Ursachen und ihre Behandlung. 60 S. Stuttgart, Fr. Enke. 2,40 M. (S. 235*.)

257. *Laache, S.* (Christiania), Über den Schlaf. Med. Klinik Nr. 34, S. 1366.

258. *Lang, M.*, Akuter Gelenkrheumatismus und Geistesstörung. Inaug.-Diss. Erlangen.

259. *Lehmann, Ernst* (Tübingen), Experimentelle Abstammungs- und Vererbungslehre. 104 S. Leipzig, Teubner. 1,25 M. (S. 249*.)

260. *Lerat, G.*, Délire d'interprétation avec fabulation et affaiblissement intellectuel probable. Ann. méd.-psychol. no. 6, p. 656, u. no. 1 (juillet), p. 21.

261. *Leva, J.* (Straßburg), Erfahrungen über Codeonal. Med. Klinik Nr. 23, S. 911. (S. 277*.)

262. *Leyendecker, H.*, Zur Phänomenologie der Täuschungen. Inaug.-Diss. München.

263. *Libert*, État passionel et délire d'interprétation. Journ. de psychol. normale et pathol. no. 5.

264. *Lidbetter* and *Nettleship*, On a pedigree showing both insanity



and complicated eye disease: Anticipation of the mental disease in successive generations. Brain p. 195.

Livet, *Morel* et *Puillet*, Du signe de l'avant-bras (signe de *Lévi*) dans les maladies mentales. Revue Neurol. vol. 21, p. 791.

Loewy, *E.*, Beitrag zum Verhalten des Kremasterreflexes bei funktionellen und organischen Nervenkrankheiten inkl. Psychosen. Inaug.-Diss. Berlin.

. *Lombroso*, *G.*, Lombroso Cesare: L' uomo alienato. Trattato clinico sperimentale delle malattie mentali riordinato dalla Dottoressa Gina Lombroso con prefazione di Leonardo Bianchi. Roma, Fratelli Bocca, Ed. 413 p. (S. 242*.)

. *Lomer*, *G.* (Strelitz), Über einige Beziehungen zwischen Gehirn, Keimdrüsen und Gesamtorganismus. Arch. f. Psych. Bd. 51, H. 2, S. 578. (S. 252*.)

). *Lomer*, *G.*, Luminal bei Geisteskranken. Psych.-neurol. Wschr. vom 18. I. 1913, Nr. 42. (S. 277*.)

). *Loubet* et *Grasset*, Une controverse sur les demi-fous. Revue de Psych. no. 9, p. 373.

1. *Lugaro*, *E.* (Modena), Modern problems in psychiatry. Translated by Orr and Rows. 305 p. Manchester, University Press. 7/6 sh. (S. 246*.)

2. *Lundborg*, *H.*, Medizinisch-biologische Familienforschung innerhalb eines 2232 köpfigen Bauerngeschlechts in Schweden. 220 S. Jena, Gustav Fischer. 1,20 M.

'3. *Luther*, *A.* (Lauenburg i. P.), Bemerkungen zur Verhütung und Behandlung von Furunkulosen und Dermatitiden bei Geisteskranken. Psych.-neurol. Wschr. S. 285. (S. 268*.)

74. *Lydston*, *G. F.*, Is sterilization destined to be a social menace? Medical record vol. 84, p. 846.

75. *Maas*, *S.* (Leipzig-Dösen), Psychiatrische Erfahrungen mit dem *Abderhalden*schen Dialysierverfahren. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 20, H. 5, S. 561. (S. 257*.)

276. *Mc Gaffin*, *C. G.* (Taunton Mass.), A study of the forms of mental disease in cases showing no gross lesions in the brain at autopsie. The americ. journ. of insan. vol. 69, fasc. 3, p. 605.

277. *Mager*, *B.* (Gabersee), Über den Negativismus. Psych.-neurol. Wschr., 15. Jahrg., Nr. 8, S. 96.



278. *Maier*, *G.* (Gehlsheim), Über eine Modifikation des *Fischer*schen Apparats zur Sondenernährung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 14, H. 2, S. 273.

279. *Maier*, *H. W.* (Burghölzli-Zürich), Unfallkunde und Psychiatrie. Revue Suisse des accidents du travail no. 7.

280. *Maier*, *H. W.*, Über katathyme Wahnbildung und Paranoia. Inaug.-Diss. Zürich.

281. *Maier*, *H. W.* (Burghölzli-Zürich), Die Ziele der ärztlichen Seelenforschung. Ztschr. Wissen u. Leben, 6. Jahrg., H. 21 bis 22.

282. *Mandrila*, *K.* (Wien), Wechselbeziehung zwischen Prostata und Hypophyse. Melancholie infolge der Prostatitis. Wien. med. Wschr. Nr. 45.

283. *Marcuse*, *H.*, Energetische Theorie der Psychosen und der abnormen Bewußtseinszustände. 118 S. Berlin, Aug. Hirschwald. 3,60 M. (S. 239*.)

284. *Masselon*, *R.* (Prémontré), L'hallucination et ses diverses modalités cliniques. III. Les hallucinations dans la manie et dans la mélancolie. Journ. de psychol. normale et pathol. no. 6, p. 509.

286. *Masselon*, *R.*, Psychoses constitutionelles et psychoses associées. Les associations de la psychose maniaque dépressive et de la paranoia. L'Encéphale no. 2, p. 118.

287. *Masselon*, *R.*, Le délire chronique à évolution systématique. Ann. méd.-psychol., 71. ann., no. 3, p. 359.

288. *Masselon*, *R.*, Délire systématisé à base d'obsessions. Ann. méd.-psychol. no. 5, p. 513.

289. *Mayer*, *A.* (Tübingen), Die Lehre *Bossis* und die Gynäkologie. Wien. klin. Wschr. Nr. 13. (S. 265*.)

290. *Mayer*, *W.* (Tübingen), Die Bedeutung der *Abderhalden*schen Serodiagnose für die Psychiatrie. Münch. med. Wschr. Nr. 37. (S. 256*.)

291. *Mayer*, *W.* (Tübingen), Über die Spezifität der *Abderhalden*schen Abwehrfermente. Münch. med. Wschr. Nr. 52, S. 2907. (S. 256*.)

292. *Meige*, *H.*, Les diaphases fonctionelles. Comment étudier les bégaiements. Revue neurol. no. 23, p. 653 (15 décembre).



293. *Méndez, R.*, Sobre impulsivos vulgares. Archivos de psiquiatria y criminalogia vol. 12, p. 496.

294. *Meyer, E.* (Königsberg), Religiöse Wahnideen. Arch. f. Religionswissenschaft Bd. 16, H. 1 u. 2, (S. 270*.)

295. *Mikulski, A.* (Lemberg), Ein Beitrag zur Methodik der Aufmerksamkeitsprüfung. Klinik f. psychische u. nervöse Krankh. 1913, Bd. VIII, H. 3, S. 215. (S. 263*.)

296. *Miyake, K.*, und *Komine, S.*, Untersuchung der fermentativen und der hämolytischen Prozesse bei Geisteskranken. Neurologia Bd. 12, H. 6 (japanisch).

297. *Mönkemöller, O.* (Hildesheim), Veronazetin als Hypnotikum und Sedativum in der psychiatrischen Praxis. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 48, S. 572.

298. *Moerchen, Fr.* (Ahrweiler), Über Diogenal, ein neues Sedativum. Münch. med. Wschr. Nr. 48, S. 2671. (S. 277*.)

299. *Morawitz, Paul*, Über Vorgänge der Selbstvergiftung und Entgiftung im Organismus. 30 S. Freiburg und Leipzig, Speyer & Kaerner. 0,90 M.

300. *Moreira, J.* (Rio de Janeiro), Estados mentaes nos tuberculosos. Archivos Brasileiros de Medicina, anno 3, no. 1, p. 119. (S. 265*.)

301. *Moreira, J.* (Rio de Janeiro), Notes sur quelques maladies nerveuses et mentales au Brésil. Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique no. 169, p. 298. (S. 268*.)

302. *Moslener, Bruno*, Polydaktylie und Geisteskrankheit. Inaug.-Diss. Kiel.

303. *Moszeick, O.* (Berlin), Zur Therapie der Schlaflosigkeit. Med. Klinik Nr. 24, S. 954.

304. *Mott, F. W.* (Nottingham), The neuropathie inheritance. The journ. of mental science vol. 59, no. 245, p. 222.

305. *de Mott, F. W.* (London), Sur les relations entre traumatismes crâniens et maladies mentales et nerveuses. Arch. de Neurol. no. 1, p. 35.

306. *Müller, E.* (Waldbroel), Die Regenten des Julisch-Claudischen Kaiserhauses in historischer, genealogischer und psychiatrischer Beleuchtung. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 70, H. 3 u. 4, S. 575.



307. *Müller, L. R.* (Augsburg), Studien über Dermographismus und dessen diagnostische Bedeutung. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 47 u. 48, S. 413. (S. 246*.)

308. *Müller, L. R.*, und *Glaser, W.* (Augsburg), Über Innervation der Gefäße. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 46, S. 325.

309. *Münzer, A.* (Berlin-Schlachtensee), Über Dezentralisation psychischer Krankheitserscheinungen. Berl. klin. Wschr. Nr. 51, S. 2385. (S. 247*.)

310. *Münzer, A.* (Berlin-Schlachtensee), Über die Bedeutung der *Abderhalden*schen Forschungsergebnisse für die Pathologie der inneren Sekretion. Berl. klin. Wschr. Nr. 17, S. 777. (S. 256*.)

311. *Muralt, L. v.* (Davos-Dorf), Die nervösen und psychischen Störungen der Lungentuberkulösen. (Übersichts-Ref.) Med. Klinik Nr. 44—46.

312. *Näcke, P.* (Colditz), Einige Bemerkungen bez. der Zeichnungen und anderer künstlerischer Äußerungen von Geisteskranken. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 17, H. 4, S. 453. (S. 269*.)

313. *Neuburger, M.* (Wien), Johann Christian Reil. 108 S. Stuttgart, Fr. Enke. 4 M.

314. *Neue, H.* (Greifswald), Über die Anwendung des *Abderhalden*schen Dialysierverfahrens in der Psychiatrie. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 34, H. 2, S. 95. (S. 258*.)

315. *Neuendorff, R.*, Zur Kasuistik der retrograden Amnesie. Inaug.-Diss. Jena.

316. *Nietsche, P.* (Dresden), Zur Kenntnis der zusammengesetzten Psychosen auf der Grundlage der psychopathischen Degeneration. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 15, H. 1 u. 2, S. 176.

317. *Nissl, F.* (Heidelberg), Beiträge zur Frage nach der Beziehung zwischen klinischem Verlauf und anatomischem Befund bei Nerven- und Geisteskrankheiten. Berlin, J. Springer. Bd. 1, H. 1. (S. 246*.)

318. *Noble, A. J.*, The curability of insanity. Worcester state hopital papers 1912—13, p. 183—190. The americ. journ. of insan. vol. 69, no. 4, p. 715.



319. *Norwood*, *N.*, On attempted suicide, with an analysis of 1000 consecutive cases. Journ. of mental science, Juli 1913. (S. 263*.)

320. *Obersteiner*, *H.* (Wien), Über pathologische Veranlagung am Zentralnervensystem. Wien. klin. Wschr. Nr. 14.

321. *Olpe*, *Fr. Martin* (Berlin), Selbstmord und Seelsorge. 93 S. Halle, Rich. Mühlmann V. (Max Grosse). 1,80 M. (S. 263*.)

322. *Osborne*, *W.*, Die Gefahren der Kultur für die Rasse und Mittel zu deren Abwehr. Würzburg, C. Kabitzsch. 1,80 M.

323. *Pal*, *J.* (Wien), Die Wirkung des Opiums, seine Komponenten und Ersatzpräparate. Deutsche med. Wschr. Nr. 9, S. 395.

324. *Palla*, *Anton* (Klosterneuburg), Über die mutmaßliche Rolle der Nebenniere in der Pathogenese der symptomatischen Psychosen. Wien. klin. Rundschau Nr. 10, S. 145; Nr. 11, S. 161.

325. *Parhon*, *C.*, et *Zugravu*, *Gh.*, Recherches pondérales sur les capsules surrénales chez les aliénés. Arch. intern. de Neurol. no. 5, p. 273.

326. *Parhon*, *C.*, *Matéesco*, *Eug.*, et *Tupa*, *A.*, Essais sur l'action du sérum des maniaques dans la mélancolie et du sérum des mélancoliques dans la manie. Revue neurol. no. 7, p. 450.

327. *Parhon*, *C.*, et *Urechia*, *C. J.*, Recherches sur l'influence des glandes endocrines sur l'excitabilité des centres nerveux. Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique no. 166 (févr.), p. 48. (S. 251*.)

328. *Parhon* et *Schunda*, Nouvelle contribution à l'étude de l'achondroplasie. La nouvelle iconographie de la Salpêtrière no. 3.

329. *Parhon*, *C.*, *Urechia*, *C.*, et *Popea*, *A.* (Bukarest), Note sur la lipoidhémie chez les aliénés. Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique no. 168, p. 229.

330. *Passow*, *C. A.* (Eichenhain-Hamburg), Zur Kasuistik von Psychosen während der Schwangerschaft. Berl. klin. Wschr. Nr. 36, S. 1662. (S. 269*.)

331. *Passow* (Eichenhain-Hamburg), Zur Kasuistik von Psychosen während der Schwangerschaft. (Vortrag, gehalten im Verein norddeutsch. Psychiater u. Neurol. Altona, 5. April.)

332. *Pasturel* et *Carras*, L'idealisme passioné chez Henry Beyle (Stendhal). Revue de Psych. et de Neurol. expérimentale no. 1, p. 21.

333. *Peachell, G. E.*, The influence of physical illness on the mental state in insanity. The journ. of mental science vol. 59, no. 246, p. 492.

334. *Peritz, G.* (Berlin), Die innere Sekretion und ihre Beziehungen zur Mundhöhle. Deutsche Mtschr. f. Zahnheilk. H. 5, S. 297.

335. *Peritz, Georg* (Berlin), Hypophysenerkrankungen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. H. 5, S. 404.

336. *Petery, A. K.*, Some early symptoms of mental disturbances. Medical record vol. 84, p. 1123.

337. *Philippe, J.*, Influence des premières habitudes sur la formation du caractère anormal. L'enfance anormale no. 22, p. 637.

338. *Pick, A.*, Über eine nicht unbedenkliche Erscheinung in der Entwicklung der deutschen Psychiatrie. Neurol. Zentralbl. Nr. 10, S. 611.

339. *Picqué, L.*, et *Georghiu, E.*, Ectopie rénale et troubles mentaux. L'Encéphale no. 7, p. 35.

340. *Pilcz, A.* (Wien), Über Nerven- und Geisteskrankheiten bei katholischen Geistlichen und Nonnen. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 34, H. 3, S. 367. (S. 267*.)

341. *Piotrowski, A.* (Charlottenburg), Über einen neuen antagonistischen Reflex. Berl. klin. Wschr. Nr. 16, S. 726. (S. 247*.)

342. *Placzek* (Berlin), Müssen Unfälle nervöse Folgen haben? Med. Klinik Nr. 49, S. 2024.

343. *Plaut, F.*, *Rehm, O.*, *Schottmüller, H.*, Leitfaden zur Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit. 150 S. u. 21 Tafeln. Jena, G. Fischer, 1913. 10 M. (S. 252*.)

344. *Podall, H. C.*, Prophylaxis of insanity. New York med. journ. 98, no. 13.

345. *Poindecker, H.* (Wien), Ein Beitrag zur Kasuistik der Hypophysenveränderungen bei Akromegalie. Wien. klin. Wschr. Nr. 19.

346. *Port, Konrad* (Nürnberg), Die Nervenpunktlehre von *Cornelius* und die schwedische Massage. Münch. med. Wschr. Nr. 49, S. 2732.

347. *Prince, A.*, et *Telle, L.*, Sur la signification de la réaction de Bouténko. Ann. méd.-psychol. no. 4, p. 481.

348. *Quintens*, Traitement de la sitiophobie. Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique no. 166 (févr. 1913), p. 32.

349. *Raecke* (Frankfurt a. M.), Über Psychosen und Neurosen nach Trauma. Zentralbl. f. Gewerbehygiene, Jahrg. 1. (S. 265*.)

350. *Raecke* (Frankfurt a. M.), Zur Intelligenzprüfung nach der *Binet-Simon*schen Methode. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 14, S. 289.

351. *Ratner* (Wiesbaden), Über den nervösen Ehrgeiz (Ambitio nervosa). Ärztl. Rundschau Nr. 10, S. 109.

352. *Ratner* (Wiesbaden), Psychosen, Neurosen und Neuritiden. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 48, S. 574.

353. *Remond* et *Roger Sauvage*, Émotions et endocrines. L'Encéphale, mars 13, p. 279.

354. *van Reisschoot*, *J.*, Contribution à l'étude du luminal, comme hypnotique, sedatif et antiépileptique. Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique no. 168, p. 271.

355. *Richsher*, *Ch.*, Occupation in the treatment of the insane. Illinois medical journal, April 1913.

356. *Richter*, *H.*, Zentrale Veränderungen bei experimenteller Beriberi der Taube. Hirnpathologische Beiträge aus dem hirnpathologischen Institut der Universität Budapest, Heft II, 1913, S. 172. (S. 271*.)

357. *Rittershaus*, *E.*, Irrsinn und Presse. 245 S. Jena, G. Fischer. 5 M.

358. *Rittershaus*, *E.* (Friedrichsberg-Hamburg), Zur Frage der Komplexforschung. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 28, H. 3 u. 4, S. 324.

359. *Roemer*, *H.* (Illenau), Über die bisherigen Ergebnisse des Dialysierverfahrens in der Psychiatrie. Psych.-neurol. Wschr. 1913, Nr. 48, S. 575. (S. 255*.)

360. *Rohleder*, *H.* (Leipzig), Monographien über die Zeugung beim Menschen. Bd. III: Die Funktionsstörungen der Zeugung beim Manne. 235 S. Leipzig, Georg Thieme. 5,80 M. (S. 267*.)

361. *Romagna-Manoja* (Rom), Über zephalalgische und hemikranielle Psychosen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. (Aprilheft).

362. *Rorschach*, *H.*, Über Reflexhalluzinationen und verwandte Erscheinungen. Inaug.-Diss. Zürich.

363. *Rosanoff*, *A. J.* (Kings Park, N. Y.), Dissimilar heredity in mental disease. Americ. journ. of insan. vol. 70, no. 1, p. 1. (S. 250*.)

364. *Rosenfeld*, *M.* (Straßburg), Die Physiologie des Großhirns.



2. Abt. des Allg. Teils des Handbuchs der Psychiatrie, herausgegeben von *Aschaffenburg*. 198 S. Leipzig und Wien, Franz Deuticke. 8 M. (S. 237*.)

365. *Rothmann*, *M.* (Berlin), Eindrücke von der neurologischen Sektion des Internationalen medizinischen Kongresses in London. Berl. klin. Wschr. Nr. 41.
366. *Rothmann*, *M.* (Berlin), Die Funktionen des Mittellappens des Kleinhirns. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 34, H. 5.
367. *Rudolph*, *Otto*, Untersuchungen über Hirngewicht, Hirnvolumen und Schädelkapazität. Inaug.-Diss. Leipzig.
368. *Runge* (Kiel), Pupillenuntersuchungen bei Geisteskranken und Gesunden. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 51, H. 3. (S. 270*.)
369. *Rupprecht* (München), Arzt und Jugendfürsorge. Münch. med. Wschr. Nr. 44, S. 2464.
370. *Russell*, *W. L.* (White Plains, N. Y.), The widening field of practical psychiatry. The americ. journ. of insan. vol. 70, no. 2, p. 459.
371. *Rybakow*, *Th.* (Moskau), Über den Einfluß des Alters und Geschlechtes auf die geistigen Störungen. Arbeiten aus der Psychiatrischen Klinik zu Moskau, Nr. 1, S. 11 (russisch).
372. *Rybakow*, *Th.* (Moskau), Über den Einfluß der psychiatrischen Lehren auf die Diagnostik der Geisteskrankheiten. Arbeiten aus der Psychiatrischen Klinik zu Moskau, Nr. 1, S. 22 (russisch).
373. *Sagrini*, *E. A.*, La pressione sanguigna negli alienati di mente. Rivista italiana di neuropathol., psychiatria ad elettroterapia 6, fasc. 4, p. 169.
374. *Sanguineti*, *L. R.*, Considerazioni su di un possibile aspetto dell' influenza psichopatica (afrodeimia). Note e reviste di psichiatria vol. 6, p. 337.
375. *Saphra*, *Iwan*, Klinische Untersuchungen über die Merkfähigkeit bei Nulli- und Pluriparen. Zur Frage der Beziehungen zwischen Mutterschaft und Intelligenz. Inaug.-Diss. Freiburg.
376. *Savage*, *G. H.*, Automatism. The practitioner, April 1913.



377. *Le Savoureux*, *H.* (Paris), Le spleen. Contribution à l'étude des perversions de l'instinct de conservation. 241 p. Paris, G. Steinheil. 7 fr.

378. *Sawyer*, *A.* (Hillsboro), Anatomical, physiological and philosophical thoughts on evolution. The Alienist and Neurologist vol. 34, no. 2, p. 121.

379. *Schaffer*, *K.*, Zur anatomischen Wesensbestimmung der Heredodegeneration. Hirnpathologische Beiträge aus dem hirnpathologischen Institut der Universität Budapest, II. Heft, S. 49. Berlin, Jul. Springer. (S. 244*.)

380. *Schaffer*, *K.* (Budapest), Zum normalen und pathologischen Fibrillenbau der Kleinhirnrinde. Hirnpathologische Beiträge aus dem hirnpathologischen Institut der Universität Budapest, II. Heft, S. 1. Berlin, Jul. Springer. (S. 245*.)

381. *van der Scheer*, *W. M.* (Meerenburg), Osteomalazie und Psychose. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 50, H. 3, S. 845. (S. 272*.)

382. *van der Scheer*, *W. M.* (Meerenburg), Beitrag zur Frage nach der Bedeutung der Herpes zoster- und der *Head*schen hyperalgetischen Zonen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 16, H. 3—4, S. 343.

383. *Schlesinger*, *E.* (Berlin), Über den Schwellenwert der Pupillenreaktion und die Ausdehnung des pupillomotorischen Bezirkes der Retina. Deutsche med. Wschr. Nr. 4, S. 163.

384. *Schmidt*, *Ad.* (Halle a. S.), „Übermüdung". Med. Klinik Nr. 15, S. 567.

385. *Schoenhals*, Über einige Fälle von induziertem Irresein. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. S. 40.

386. *Schütte*, *A.* (Osnabrück), Ein Fall von gleichzeitiger Erkrankung des Gehirns und der Leber. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 51, H. 1, S. 334.

387. *Schultes* (Illenau), Über Zwillingspsychosen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 70, H. 3 u. 4, S. 348.

388. *Schultz*, *J. H.* (Chemnitz), Hämatologische Untersuchungsmethoden im Dienste der Psychiatrie. Deutsche med. Wschr. Nr. 29, S. 1399. (S. 260*.)

389. *Schweitzer*, *A.* (Straßburg i. E.), Die psychiatrische Beurteilung



Jesu. 46 S. Tübingen, J. C. B. Mohr (Paul Siebeck). 1,50 M.

390. *Schweitzer* (Straßburg), Kritik und Probleme der psychiatrischen Leben-Jesu-Forschung. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 1, H. 1, S. 155.

391. *Schweitzer*, *A.*, Kritik der von medizinischer Seite veröffentlichten Pathographien über Jesus. Inaug.-Diss. Straßburg.

392. *Séglas* et *Barat* (Paris), Notes sur l'évolution des halluzinations. Journ. de psychol. normale et pathol., 10. ann., no. 3, p. 273.

393. *Séglas* et *Barat*, *L.* (Paris), Un cas de délire d' influence. Ann. méd.-psychol. 71, no. 2, p. 183.

394. *Selden*, *Ch. C.* (Canton), Conditions in South China in relation to insanity. The americ. journ. of insan. vol. 70, no. 2, p. 411.

395. *Semilaigne*, *R.*, Notes inédites de *Pinel*. Bull. de la Soc. clin. de méd. mentale no. 5, p. 221.

396. *Senf*, *M. R.*, Narzißmus. Sexualprobleme. Ztschr. f. Sexualwissenschaft und Sexualpolitik, 9. Jahrg., 3. Heft, März 1913. (S. 261*.)

397. *Senf*, *M. R.*, Nochmals der Ursprung der Homosexualität. H. Groß' Archiv Bd. 52. (S. 262*.)

398. *Sikorsky* (Kiew), Le pouls des aliénés. Arch. de Neurol. no. 1, p. 7.

399. *Simonsohn* (Bromberg), Die Wirkung des Valamins. Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 37. (S. 277*.)

400. *Singer*, *K.* (Berlin), Der *Babinski*sche Großzehenreflex. Med. Klinik Nr. 29, S. 1175.

401. *Sittig*, *O.* (Prag), Zur Kasuistik der Dysmegalopsie. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 33, H. 5, S. 361. (S. 270*.)

402. *Sollier*, Deux cas de rétrospection. Journ. de psychol. normale et pathol. no. 6, p. 527.

403. *Sollier*, *P.*, Les états de régression de la personalité. Journ. de Neurologie p. 301.

404. *Sommer*, *R.* (Gießen), Öffentliche Ruhehallen. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten Bd. 10, H. 4. Halle, C. Marhold. 49 S. 1,20 M. (S. 273*.)

405. *Sommer*, *R.* (Gießen), Elektrochemische Therapie. Klinik f.



psychische u. nervöse Krankh. 1913, Bd. VIII, H. 4, S. 351. (S. 263*.)

Sopp, A., Suggestion und Hypnose, ihr Wesen, ihre Wirkungen und ihre Bedeutung als Heilmittel. 72 S. Würzburg, C. Kabitzsch, 1913. 1,80 M. (S. 274*.)

Spindler, O. v., Über die Wirkung der Fichtennadelbäder. Schweiz. Wschr. f. Chemie u. Pharmazie 1913, Nr. 23. (S. 277*.)

Stein (Berlin), Valamin, ein neues Sedativum und Hypnotikum. Med. Klinik Nr. 20, S. 791. (S. 277*.)

Steiner, G. (Straßburg), Über die Physiologie und Pathologie der Linkshändigkeit. Münch. med. Wschr. Nr. 20, S. 1098. (S. 263*.)

Stelzner, Helene Friederike (Berlin), Schulärztliche Tätigkeit an höheren Schulen mit besonderer Berücksichtigung psychiatrischer Beobachtungen. Med. Klinik Nr. 23, S. 934. (S. 273*.)

Stern, L., Kulturkreis und Form der geistigen Erkrankungen. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- u. Geisteskrankh. Bd. 10, H. 2. Halle, C. Marhold. 62 S. 1,60 M. (S. 265*.)

. *Sternberg, Maximilian*, Symmetromanie. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Nr. 47 u. 48.

. *Sternberg, W.*, Erfahrungen mit dem Schlafmittel Aponal. Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 50.

:. *Stier, E.*, Wandertrieb und pathologisches Fortlaufen bei Kindern. 135 S. Jena, G. Fischer, 1913. (S. 267*.)

). *Stoeckenius, W.* (Gießen), Die motorische, speziell sprachliche Reaktion auf akustische Reize bei Normalen, Nervösen und Geisteskranken. Klinik f. psychische u. nervöse Krankh. 1913, Bd. VIII, H. 4, S. 283. (S. 263*.)

5. *Strasburger, J.* (Breslau), Über die Einwirkung von thermischen Hautreizen auf das Gehirnvolumen (die Blutversorgung des Gehirns) beim Menschen. Med. Klinik Nr. 19, S. 752. (S. 263*.)

7. *Strasser, A.*, Abhärtung. Ztschr. f. physik. u. diätetische Therapie Bd. 17.



418. *Strasser*, *Alois* (Wien-Kaltenleutgeben), Die wissenschaftlichen Grundlagen der Hydrotherapie. Med. Klinik Nr. 26, S. 1027.

419. *Strasser*, *A.*, Greisenalter und Hydrotherapie. Jahreskurse f. ärztl. Fortbildung H. 8, S. 37. (S. 274*.)

420. *Strohmeyer*, *Wilhelm* (Jena), Die Bedeutung des Mendelismus für die klinische Vererbungslehre. Fortschritte der Deutschen Klinik Bd. III. (Urban u. Schwarzenberg, Wien.) (S. 251*.)

421. *Strohmeyer*, *Wilh.* (Jena), Zur Inzuchtfrage. Deutsche med. Wschr. Nr. 19, S. 901. (S. 251*.)

422. *Strube*, *Walter*, Kasuistischer Beitrag zur Lehre von den traumatischen Psychosen. Inaug.-Diss. Kiel.

423. *Swift*, *H. M.* (Portland, Maine), Insanity and race. The americ. journ. of insan. vol. 70, no. 1, p. 143.

424. *Swift*, *W. B.* (Boston), Reflex frequency and its clinical value. Journ. of nervous and mental disease 40, no. 9, p. 585.

425. *Szabó*, *J.* (Kolozsvár), Über Fermentwirkungen des Liquor cerebrospinalis bei verschiedenen Geisteskrankheiten. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1913, Bd. XVII, H. 2—3. (S. 256*.)

426. *Talmey*, *B. S.*, Psychic effects of masturbation. New York med. Journal, 24. May.

427. *Thecor* (London), An essay on the amelioration of mankind. Pacific med. journ. no. 8, p. 420.

428. *Theobald*, *M.* (Eglfing), Abwehrfermentreaktion bei zwei Kastrierten. Psych.-neurol. Wschr. 1913, Nr. 48, S. 580. (S. 257*.)

429. *Theobald*, *Max* (Eglfing), Zur *Abderhalden*schen Serodiagnostik in der Psychiatrie. Berl. klin. Wschr. Nr. 47, S. 2180. (S. 257*.)

430. *Thoden van Velzen*, *S. K.*, Psychoenzephale Studien. 5. Aufl. 12 M. (S. 241*.)

431. *Tintemann* (Göttingen), Über Selbstverletzungen in ihren Beziehungen zu abnormen Zuständen der Geisteskranken. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätsw. 1913, I. Suppl.

432. *Togami*, *K.* (Kiushu, Japan), Ein Beitrag zur Lehre vom Stoffwechsel bei Psychosen. I. Mitteilung: Stimmung und Magenverdauung. Ztschr. f. exp. Pathol. u. Ther. Bd. 14. (S. 266*.)

433. *Tomlinson*, *H. A.*, The role of the nervous system as affecting the symptomatology of disease, and the influence of distur-



bance of its functions on morbidity. The americ. journ. of insan. vol. 69, fasc. 3, p. 531.

Topp, R. (Berlin-Weißensee), Über Leukrol in der Therapie der Nerven- und Geisteskrankheiten. Fortschritte d. Med. Jan. (S. 276*.)

van der Torren, J. (Hilversum), Mischung endogener und exogener Symptome im Krankheitsbilde. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 14, H. 2, S. 264.

Toulouse et *Puillet* (Villejuif), Guérison rapide de psychoses aiguës sous l'influence d'injections sous-coutanées d'oxygène. Revue de Psych. no. 8, p. 331. (S. 276*.)

Traugott, R. (Breslau), Die nervöse Schlaflosigkeit und ihre Behandlung. 3. völlig umgearbeitete und stark vermehrte Auflage. 116 S. Würzburg, Curt Kabitzsch, 1913. 2 M. (S. 267*.)

Trénel et *Raynier*, États mentaux imaginatifs. Bull. de la Soc. clin. de méd. mentale no. 7, p. 303.

Trömner, E. (Hamburg), Hypnotismus und Suggestion. 2. Aufl. Aus: Natur und Geisteswelt. Bd. 199. Leipzig, G. Teubner. 114 S. 1 M.

Tumiati, C., Sulle „cause occasionali" delle psicopatie. Rassegna di studi psichiatrici 3, fasc. 2, p. 106.

1. *Uhlmann, Fr.* (Schussenried), Ein Fall von subakuter Psychose nach Schädeltrauma. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 15, S. 181.

2. *Urstein, M.* (Warschau), Bedeutung des *Abderhalden*schen Dialysierverfahrens für die Psychiatrie und das korrelative Verhältnis der Geschlechtsdrüsen zu anderen Organen mit innerer Sekretion. Wien. klin. Wschr. Nr. 33.

43. *Vaerting* (Berlin), Das günstigste elterliche Zeugungsalter für die geistigen Fähigkeiten der Nachkommen. 63 S. Würzburg, C. Kabitzsch. 1,20 M.

44. *Varenne, G.*, Les trois visions de Benvenuto Cellini. Arch. de Neurol. no. 1, p. 11.

45. *Veraguth, O.* (Zürich), Die Grundlagen der Psychotherapie. Deutsche med. Wschr. Nr. 50 (1912).

46. *Vernet, G.* (Bourges), Un patriot méconnu. Ann. méd.-psychol. vol. 71, no. 2, p. 202.



447. *Vidoni, G.*, Contributo allo studio dell' infantilismo. Giornale di Psichiatria clinica e Tecnica manicomiale, 40. Jahrg., fasc. 3—4. (S. 270*.)

448. *Vidoni, G.* (Genua), Osservazioni sul „Luminal". Note e riviste di psichiatria vol. 6, no. 1. (S. 277*.)

449. *Viel, L.*, La psychiatrie au congrès de Londres. Revue de Psych. no. 9, p. 379.

450. *Vigouroux, A.*, Psychopathie et chirurgie. La clinique, 17 janv.

451. *Vinchon, Jean* (Sainte Anne), L'emploi de la musique dans le traitement des psychoses. Revue de psych. no. 9, p. 360.

452. *Vogt, H.* (Wiesbaden), Psychotherapie. Therapeut. Monatshefte, April.

453. *Voivenel, P.* (Toulouse), Opinions récentes sur la mort de J.-J. Rousseau. Ann. méd.-psychol. no. 1 (Juin), p. 69.

454. *Vorkastner, W.* (Greifswald), Psychiatrie und Presse. Berl. klin. Wschr. Nr. 21, S. 971.

455. *Voß* (Düsseldorf), Über den Begriff der Reflexpsychose. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 1, H. 1, S. 173.

456. *Warburg, F.* (Köln), Über Scapula scaphoïdea. Med. Klinik 1913, Nr. 45. (S. 247*.)

457. *Weber, L. W.* (Chemnitz), Zur Ätiologie der akuten Psychosen. Deutsche med. Wschr. Nr. 28, S. 1346.

458. *Wegener* (Jena), Serodiagnostik nach *Abderhalden* in der Psychiatrie. Münch. med. Wschr. Nr. 22.

459. *White, W. A.* (Washington, D. C.), Outlines of psychiatry. 4. Ed. New York. The journal of mental and nervous disease publishing Co. 3 D. (S. 238*.)

460. *White, W. A.* (Washington, D. C.), The genetic concept in psychiatrie. The americ. journ. of insan. vol. 70, no. 2, p. 941.

461. *White, W. A.*, and *Jelliffe, S. E.*, The modern treatment of nervous and mental disease by american and british authors. Philiadelphia and New York, Lea and Febiger.

462. *Wickel, Karl* (Dziekanka), Die Art des Selbstmordes von Geisteskranken in den Irrenanstalten. Die Irrenpflege Nr. 6, S. 135.

463. *Wiersma, E. D.*, Der Einfluß von Bewußtseinszuständen auf den Puls und auf die Atmung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 19, H. 1, S. 1. (S. 272*.)

Wittermann, E., Psychiatrische Familienforschungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 20, S. 153.

Wolf, E. (Gießen), Ferdinand August Maria Franz von Rittgen. Ein Beitrag zur Geschichte der Medizin und Naturphilosophie. 48 S. Halle, C. Marhold. 1,50 M.

Wooley, J. M. (Port Blair), Suicide among Indian convicts under transportation. The journal of mental science vol. 59, no. 245, p. 335.

. Worcester State hospital papers (Massachusetts). 1912/13. (S. 266*.)

. *Wright, A. W. O.*, Mental derangements in India. Calcutta, Thacker Sprinck & Co., 1912. (S. 238*.)

). *Zahn* und *Kaiser* (Berlin-Grunewald), Erfahrungen mit Valamin. Med. Klinik Nr. 46, S. 1894. (S. 277*.)

0. *Ziem*, L'aliénation mentale en Océanie. Le caducée no. 11, p. 148. Arch. intern. de Neurol. no. 4, p. 240.

I. Allgemeines.

Cuno (86), Chefredakteur der „Berliner Morgenpost“, gibt zu, daß in der esse über alles psychiatrische Wesen vielfach noch gänzlich ungeklärte, schiefe, : die Sache selbst überaus schädliche Vorstellungen herrschen, betont aber, daß 3 Presse hieran nicht allein schuld sei. Er fordert die Psychiater auf, aufklärend wirken durch Abhaltung allgemeinverständlicher Vorträge über psychiatrische inge zunächst für Vertreter der Presse, und gibt hierfür beachtenswerte Winke.

Becker (25) gibt eine kurze Übersicht über die sozialen Aufgaben des psyiatrisch tätigen Arztes und würdigt besonders seine forensische Wirksamkeit.

Laache (256): Es ist eine kurze, aber inhaltsreiche Abhandlung über den chlaf und die Störungen des Schlafes. Das Buch hat durchaus wissenschaftlichen :harakter, bringt ein, wenn auch bei dem großen Umfang der Literatur nicht vollständiges, aber doch ausreichendes Literaturverzeichnis neben vielfachen Hinveisen im Texte selbst. Neben der Schlaflosigkeit wird auch die Schlafsucht behandelt. Ausführlich sind die theoretischen Grundlagen behandelt. (*Grimme.*)

Engelen (121): Eine recht flotte Schrift, die gegen die schon so häufig besprochene, aber immer wieder neu empfundene, etwas schematische und pedantische und den Zusammenhang mit dem Leben nicht immer wahrende Lehrmethode unserer höheren Schulen zu Felde zieht. Dabei verzichtet der Verfasser auf spezielle Erörterungen und hält sich an allgemeine, höhere Gesichtspunkte, die nicht Schlagworte darstellen, sondern wirklich von uns gebraucht werden können, wie z. B. völkisches Selbstbewußtsein, nationaler Stolz und Vermeidung einer Übertreibung in der Entwicklung des Gefühlslebens bei der Frau. Der Abschnitt über




die Hygiene des geistigen Arbeitens kann jedem Erzieher und jedem Arbeitenden besonders empfohlen werden. Man sieht es dem Schriftchen nicht ohne weiteres an, daß es von einem Arzte geschrieben ist; es könnte auch von jedem im Leben stehenden Manne verfaßt sein. Das ist ein besonderer Vorteil. Aber da es von einem Arzte geschrieben ist, der in seiner Sprechstunde die Schäden kennen lernt, gewinnt sie an tatsächlichem Werte. Doch wird man angesichts dessen, was unser Volk in dem Kriegsjahre 1914 zum blöden Erstaunen der ganzen Welt schon geleistet hat und noch leisten wird, nicht auch den humanistischen Unterrichtsanstalten wieder freundlicher gesinnt werden? (*Grimme*-Hildesheim.)

Von *Kraepelins* (249) Lehrbuch der Psychiatrie liegt der II. Teil des III. Bandes vor. Er behandelt die endogenen Verblödungen, das epileptische und das manisch-depressive Irresein. In erster Linie interessiert naturgemäß die Fassung der Dementia praecox. Sie stellt die Hauptform der endogenen Verblödungen dar und zerfällt ihren Verlaufsformen nach in zehn Gruppen. Als besondere klinische Formen werden unterschieden: die einfache, schleichende Verblödung, Dementia simplex; die läppische Verblödung, Hebephrenie; die depressive oder stupuröse Verblödung; die depressive Verblödung mit Wahnbildungen; die zirkuläre, agitierte, periodische Form, die Katatonie, die paranoiden Formen und die mit Sprachverwirrtheit einhergehenden Formen = Schizophasie. Die zweite Hauptform der endogenen Verblödung bilden die paranoiden Verblödungen = Paraphrenien. Hier wird unterschieden zwischen Paraphrenia systematica und schleichender Entwicklung stetig fortschreitenden Verfolgungswahns und später sich anschließenden Größenideen ohne Zerfall der Persönlichkeit —, Paraphrenia expansiva mit üppigem Größenwahn, gehobener Stimmung und leichter Erregung —, Paraphrenia confabulans, ausgezeichnet durch die beherrschende Rolle von Erinnerungsfälschungen, mit Wesensänderung, Erzählung abenteuerlicher Erlebnisse im Sinne eines Verfolgungs- und Größenwahns —, Paraphrenia (Dementia) phantastica mit abenteuerlichen, zusammenhangslosen, wechselnden Wahnvorstellungen. — Das manisch-depressive Irresein umfaßt das ganze Gebiet des sogenannten periodischen und zirkulären Irreseins, die einfache Manie, den größten Teil der als Melancholie bezeichneten Krankheitsbilder und eine nicht unerhebliche Anzahl von Amentiafällen; dazu gerechnet werden auch gewisse leichte und leichteste, teils periodische, teils dauernde krankhafte Stimmungsfärbungen, die einerseits als Vorstufe schwerer Störungen anzusehen sind, andererseits ohne scharfe Grenze in das Gebiet der persönlichen Veranlagungen übergehen. In allen diesen Krankheitsbildern sieht der Autor nur Erscheinungsformen eines einzigen Krankheitsvorganges. Einen bestimmten engen Kreis von Störungen findet er bei allen Formen des manisch-depressiven Irreseins wieder; alle hier zu einer klinischen Einheit zusammengefaßten Krankheitsformen gehen ohne erkennbare Grenzen ineinander über, sie können sich auch in ein und demselben Krankheitsbilde ablösen und vertreten; alle hier zusammengefaßten Formen haben eine einheitliche Prognose, sie können sich auch in der Vererbung gegenseitig vertreten. — Bezüglich der genuinen Epilepsie wird betont, daß ihre genauere Durchforschung eine Reihe von Erfahrungen zutage fördert, die darauf hinweisen, daß die epileptischen Krankheitserscheinungen von all-



gemeinen Umwälzungen im Körperhaushalte begleitet sind. „So liegt jedenfalls die Annahme am nächsten, daß wir es bei der genuinen Epilepsie mit krankhaften Abweichungen im Körperhaushalt zu tun haben, durch die im Gehirn bestimmte Veränderungen als nächste Ursache der epileptischen Krankheitserscheinungen hervorgerufen werden; fraglich ist nur, welcher Art die Stoffwechselerkrankung ist, und wo sie ihren Sitz hat.“

Rosenfeld (364) gibt in der II. Abteilung des allgemeinen Teils von *Aschaffenburgs* Handbuch der Psychiatrie eine vorzügliche Übersicht über die Physiologie des Großhirns und zeigt, welche Rolle das Großhirn des erwachsenen Menschen im Laufe seiner phylogenetischen und ontogenetischen Entwicklung übernommen hat. Der Autor behandelt zunächst die Physiologie der Großhirnzirkulation, bespricht dabei die Theorie des Hirndrucks, dann eine orientierende Übersicht über die Lehre von der Lokalisation psychischer Funktionen in der Großhirnrinde und schließt daran die Physiologie der Großhirnganglien, des Balkens und der Hypophyse.

In demselben Bande behandelt *Isserlin* (207) die Stellung der Psychologie in der Psychiatrie. Der bekannte Autor erörtert kurz die grundlegenden Begriffe, welche die Psychopathologie der allgemeinen Psychologie entnimmt, und betont die Bedeutung der Psychologie für die Psychiatrie. Die wertvollen, interessanten Ausführungen und Erörterungen erfüllen ihren Zweck, für die Psychopathologie vorzubereiten, in ausgezeichneter Weise.

Fuhrmann (149) hat die zweite Auflage seines kurzen Lehrbuches herausgegeben. Die erste erschien 1903. Es besteht aus zwei Teilen, einem allgemeinen und einem speziellen. Gegenüber der ersten Auflage ist der erste Teil nur wenig verändert; der zweite naturgemäß recht erheblich. In dem Vorwort heißt es, daß dieses Kompendium rein praktische Ziele verfolgt und daß alles Theoretische beiseite gelassen ist. Überall sei eine möglichst exakte Kürze des Ausdrucks angestrebt. Man muß zugeben, daß dies gelungen ist. Das Buch zeichnet sich durch eine wohltuende Kürze aus; die Ausführungen und Schilderungen sind klar und bestimmt. Der allgemeine Teil führt recht gut in das wirre Bild psychiatrischer Erscheinungen hinein. Gerade wegen des Fehlens theoretischer Ausführungen wird er dem Anfänger das Eindringen in den Stoff erleichtern. Er zeigt, wie man an die Untersuchung eines Geisteskranken herangehen soll. Wünschenswert wäre ein noch genaueres Eingehen auf die Serodiagnostik gewesen. Die Meinung *Fuhrmanns*, daß der positive Ausfall der *Nonne-Apelt*schen Reaktion nur bei Paralyse und Hirnlues eintritt, wird fraglos in einer dritten Auflage nicht wiederholt werden.

Im speziellen Teile wird man nicht in allen Teilen der Einteilung folgen. Es ist dies allerdings ein viel umstrittenes Gebiet, das auch in Zukunft noch manche Änderung erfahren wird. Ich z. B. glaube nicht, daß die Aufstellung eines besonderen Krankheitsbildes der Katatonie neben der Dementia praecox Anklang finden wird. *Fuhrmanns* Beweisführung ist recht wenig stichhaltig; ich fürchte, daß hierauf sogar Anfänger aufmerksam werden können. Er sagt, daß $^2/_3$ aller Fälle von Dementia praecox catatonica zur Geistesschwäche oder Blödsinn führten und daß $^1/_3$ in völlige Genesung überginge. Dieses eine Drittel sondert



er ab, obgleich er unmittelbar darauf zugibt, daß sich beide Psychosen in ihren klinischen Zustandsbildern und ihrer gesamten Symptomatologie nach unseren bisherigen Kenntnissen so wenig voneinander unterschieden, daß es kaum möglich sei, bei einem ausgeprägten katatonischen Zustandsbilde zu sagen, ob eine Dementia praecox catatonica oder eine Katatonie vorliege, ob Blödsinn oder Genesung einträte. Ebenso kann man Einwendungen machen bei dem Krankheitsbilde der „Hystero-Hypochondrie". Dagegen hätte der Begriff Amentia erwähnt werden müssen; denn dieser Begriff ist noch nicht ausgestorben und wird auch in den nicht spezialärztlichen Kreisen noch viel gebraucht. Eine Erwähnung der neu abgesonderten Krankheitsbilder (*Alzheimer*sche Krankheit u. a.) erübrigte sich mit Recht im Interesse der Einfachheit und Klarheit der Darstellung.

Die Therapie ist nicht erwähnt. Es ist wohl nur eine der Psychiatrie zukommende Beschränkung, daß man ein Lehrbuch schreiben kann über die Diagnostik und Prognostik von Krankheiten, ohne die Behandlung zu berücksichtigen. Es ist ja wahr, daß die Behandlung nur zum kleinsten Teile den praktischen Ärzten überlassen bleiben kann; aber diese Ärzte werden doch nicht ganz ausgeschaltet. Und vor allen Dingen muß es auf jeden Arzt einen merkwürdigen Eindruck machen, wenn er, um sich zu unterrichten, ein Lehrbuch aufschlägt und die Behandlung überhaupt nicht erwähnt findet. Die erste Frage, die der Arzt stellt, ist: Was muß ich jetzt tun? Die Behandlung der Geisteskrankheiten ist vielen Ärzten ein Buch mit sieben Siegeln; es gibt manch einen unter ihnen, der nie eine Irrenanstalt besichtigt hat und die Einrichtung nicht kennt. Um so mehr müßten die, die ein Lehrbuch schreiben, auch die Behandlung schildern. (*Grimme.*)

Cimbals (76) Taschenbuch zur Untersuchung nervöser und psychischer Krankheiten liegt in zweiter Auflage vor. Die allgemeine Anordnung des Stoffes ist nicht geändert. Wesentlich erweitert sind die Untersuchungsschemata für Jugendliche und Unfallnervenkranke, die neurologische Untersuchung, die diagnostischen Schemata und Tabellen und die Abschnitte über die Funktionsprüfungen der Sinnesorgane und des vegetativen Nervensystems. Das Taschenbuch ist ein vorzügliches Hilfsmittel bei der Untersuchung und Begutachtung Nerven- und Geisteskranker.

Der Grundriß der Psychiatrie von *White* (459) trägt allen neueren Richtungen der Psychiatrie Rechnung. Auch die Psychoanalyse ist aufgenommen. Die deutsche Literatur ist überall berücksichtigt (*Kraepelin*, *Bleuler*, *Bonhoeffer*, *Alzheimer*, *Nissl*, *Ganser* usw.). Den Schluß bildet die Darstellung der Intelligenzprüfungsmethoden, wobei besonders ausführlich das *Binet-Simon*sche System abgehandelt wird. Ein eingehendes Untersuchungsschema über den geistigen und körperlichen Befund soll dem Arzt ein Führer sein. (*Ganter.*)

Wright (468): Das Büchlein soll ein Leitfaden sein für die in Indien praktizierenden Ärzte. In der Darstellung folgt Verf. englischen Autoren. Für uns interessant ist die Frage nach dem Unterschied zwischen den Psychosen in Europa und in Indien. Die Krankheitsbilder sind im großen ganzen dieselben. Eine der Hauptursachen der Erkrankungen des eingewanderten Europäers sieht Verf. in der Beibehaltung der alten Lebensweise (viel Fleisch, Alkohol). Das Amoklaufen hat meist seine Ursache in dem übermäßigen Genuß von Cannabis indica. Im



Punjab kommen verhältnismäßig viele mikrozephale Idioten vor. In den Anstalten begegnet man vielen maniakalischen Formen, da die ruhigeren Fälle zu Hause behalten werden. (*Ganter.*)

Becker (26) hat sich der Aufgabe unterzogen, die Prognose der einzelnen Formen der Seelenstörungen für sich eingehender zu behandeln. Bei der Wichtigkeit, Schwierigkeit und Unsicherheit der Prognosenstellung in der Psychiatrie verdienen seine Ausführungen besondere Anerkennung.

Marcuse (283) unternimmt den Versuch, eine neue Theorie der psychopathologischen Erscheinungen, wie sie die Geisteskrankheiten darbieten, aufzustellen. Er geht aus von dem Grundsatz, daß alle pathologischen Erscheinungen sich ungezwungen aus den normalen erklären lassen müssen. Alles psychische Geschehen sei denselben Gesetzen unterworfen. Er verwirft deshalb Begriffe wie Dissoziation, Sejunktion, Spaltung der Persönlichkeit. Als Ausgangslehre dient ihm die Psychologie *Jodls*, der den Satz aufstellte, daß alles psychische Geschehen spezifische Energie des Zentralnervensystems ist, eine Funktion der organischen Substanz, die an den Zustand der Substanz gebunden und von ihr abhängig ist. Die Erscheinungsformen dieser Funktion äußern sich im Empfinden, im Fühlen (Affekte, Lust- und Unlustgefühle), im Streben (d. i. Wollen) und im Vorstellen und unterscheiden sich weiterhin in „Rezeptivität“ (Empfinden und Fühlen) und „Spontaneität“ (Streben). Es sind das Reaktionsvorgänge, die also einen Reiz zur Voraussetzung haben. Die Erscheinungsformen kommen nicht jede für sich allein vor, sondern die eine nicht ohne die anderen; dagegen wird oft eine Form das Übergewicht vor den anderen haben und dem Bewußtseinszustande das Gepräge geben. Die Bewußtseinstätigkeit wird wieder eingeteilt in eine primäre und eine sekundäre. Die primäre setzt sich zusammen aus Empfindung, Gefühl und Streben, wobei Empfindung und Gefühl die Rezeptivität, das Streben die Spontaneität darstellt. Das Vorstellen bildet die sekundäre Bewußtseinstätigkeit. Die Bewußtseinstätigkeit unterscheidet sich aber nicht nur durch Überwiegen einer der Erscheinungsformen Empfinden, Fühlen, Streben, sondern auch quantitativ. Man kann Erregung und Hemmung unterscheiden. Im normalen Zustande: erhöhte Spannkraft, gesteigerte Leistungsfähigkeit oder Erschlaffung, Ermüdung, Abstumpfung. Es muß also bei der psychologischen Analyse gefragt werden, ob Erregungs- oder Hemmungszustand besteht, welche Qualität überwiegt, ob der Zustand auf den Funktionen der primären Bewußtseinstätigkeit beruht oder auf Vorstellungen. Eine weitere Charakterisierung der Bewußtseinstätigkeit des einzelnen wird gegeben durch die Konstitution, d. i. durch den jeweiligen organischen Zustand des Zentralnervensystems, wie ihn namentlich die Entwicklung mit sich bringt und die das Verhältnis der primären zur sekundären Funktion ausmacht, ferner durch die Konstellation, die die Gesamtheit der psychischen Erlebnisse darstellt, die ein Individuum bis zu einem bestimmten Moment gehabt hat. Durch die Konstitution ist präformiert, was erlebt werden kann. — Unter Hemmung versteht *M.* nicht einen aktiven Vorgang, bei dem etwas zurückgehalten wird, sondern nur ein Darniederliegen der Funktion. — Bei einem normalen Bewußtseinszustande stehen die sekundäre und die primäre Komponente zueinander im gleichen Verhältnis. Eine krankhafte



psychische Reaktion hat man dann, wenn die Reaktion ohne äußeren Reiz eintritt oder in ihrer Stärke dem gegebenen Reize nicht proportional ist.

Eine Steigerung der Erregung der sekundären Komponente gibt einen Grundtypus der Bewußtseinstätigkeit, den *M.* als den „hysterischen" bezeichnet. Dabei wird dieser Begriff weit über die bekannte Deutung ausgedehnt, so daß er alles umfaßt, was man psychogen oder durch Vorstellungen bedingt nennen kann. — Den Gegensatz zu diesem Grundtypus bildet der andere Grundtypus, der „imbezille"; bedingt durch eine Hypofunktion der sekundären Komponente. Die reinen Formen dieser Grundtypen schließen einander aus. Eine Vermischung kommt aber vor, wenn einmal die primäre Komponente unter die Norm der Erregbarkeit sinkt, oder wenn die sekundäre von der primären überragt wird bei einer nicht verkleinerten psychischen Gesamtenergie. Solche Zustände, die er durch Anführung klinischer Hinweise weiter erklärt, nennt *M.* „relative Hysterie" und „relative Imbezillität". Die funktionellen Psychosen vereinigt *M.* in die beiden Gruppen der katatonischen und hysterischen. Er dehnt dabei den Begriff „katatonisch" auf alle Symptome aus, die von der primären Komponente der Bewußtseinstätigkeit ihren Ausgang nehmen, bleibt also nicht bei den katatonischen Erregungen, die eine rein primäre Funktion darstellen, stehen. Zu den krankhaften Symptomen der primären Bewußtseinstätigkeit werden von ihm gerechnet: einmal die elementaren und „reproduzierten" Halluzinationen, das sind solche, bei denen der Versuch gemacht wird, die halluzinatorische Erregung der primären Komponente zu identifizieren; sie stellen eine krankhafte Erregung des Empfindens dar. Ferner von den krankhaften Erregungszuständen des Fühlens die elementaren Affekte und die reproduzierten, wie sie im manisch-depressiven Irresein auftreten; weiterhin von den krankhaften Erregungszuständen des Wollens die Triebhandlungen und diejenigen Willenshandlungen, die durch Störungen im Bereich der primären Funktion veranlaßt werden. Auch die Paranoia *Kraepelins* wird den katatonen Formen zugezählt; denn sie hat ihre Ursache in einer Erregung der sämtlichen drei primären Qualitäten, die mit einer Hyperfunktion des sekundären Teils der Bewußtseinstätigkeit vergesellschaftet ist und von dieser vielfach verdeckt wird. Desgleichen das manisch-depressive Irresein. Stuporzustände, die mit Halluzinationen, Affekten, Muskelspannungen einhergehen, sind Erregungszustände, auch die Depression und die Angst. Es handelt sich beim manisch-depressiven Irresein nicht um entgegengesetzte Zustände, sondern um verschiedene Erscheinungsformen gesteigerter Energie, wobei der Wechsel des Affektes bzw. die Vorherrschaft der Lust- und Unlustempfindungen nur von der Konstellation abhängig ist. „Ob jemand Größenideen bekommt oder sich Vorwürfe macht, ist psychologisch gleichwertig; ein Unterschied, der nur den Inhalt der affektiven Erregung betrifft." Weiter gehören zu den katatonen Formen die Dementia praecox, die Halluzinose, der depressive Wahn, der Querulantenwahn. Zu den hysterischen Psychosen alle psychogenen Zustände, also die Haftpsychose, traumatische Neurose, die Dämmerzustände und die Melancholie. Auch auf die Prognose geht *M.* auf Grund der „energetischen Theorie" ein.

Die Arbeit ist außerordentlich gedankenreich und wird zu weiteren Fragestellungen anregen. (*Grimme.*)



Thoden van Velzen (430): Unter diesem Titel gibt *S. K. Thoden van Velzen* aus Joachimsthal in der Mark in Form von lose zusammenhängenden Abhandlungen philosophische und psychotische Betrachtungen aus dem Gebiete der Psychologie, der Psychiatrie und der Gehirnanatomie. Zum Teil stammen diese Abhandlungen von seinem Vater her. Das Buch erscheint jetzt in der 5. Auflage; die erste erschien 1909. Der Inhalt und die Darstellungsweise haben etwas Originales. Besprochen werden, zum Teil nur in der Form recht kurzer Streiflichter, die aber auch so eine sehr große Belesenheit des Verfassers erkennen lassen, u. a.: „Die Wissenschaft unserer Seele und ihr Verhältnis zu anderen Wissenschaften"; „Über sinnliche Bilder und ihren Einfluß" mit den Unterabteilungen: „Wie hat man sich das Verhältnis zwischen sinnlichen Wahrnehmungen und Geistestätigkeiten gedacht"; „Über die Bilder, von den Sinnen entworfen"; „Über den Einfluß der Bilder, von den Sinnen entworfen"; „Über Fühlen"; „Sind Geistestätigkeiten, die Lust- oder Unlustfühlen sind und durch Sinnesbilder entstehen, Gesundheits- oder Krankheitsgefühle?"; „Unser aktives Fühlen"; „Über unser Bewußtsein" u. a. m. Es soll im einzelnen auf die Gedanken des Verf. nicht eingegangen werden. Zur Charakteristik seines naturwissenschaftlichen und medizinischen Standpunktes seien nur folgende Sätze herausgehoben: „Da das Wachsen ihren Grund in der Seele hat, die in den Vierhügeln liegt." „Da es geisteskranke Personen gibt, deren Hirnrinde völlig normal ist." „Fassen wir den Geist (unser Ich) als ein materielles Wesen auf, versehen mit enormen Kräften, so ist es erklärlich, daß derselbe zwar der Nerven bedarf, um die Phänomene des Geistes darzustellen, jedoch kann er auch existieren, ohne unmittelbaren Zusammenhang mit einem Teile des Nervensystems, so bei Hysterie." „Psychische Krankheiten bestehen keineswegs aus anormalem Verhalten des Vorstellens und Wollens. Das Vorstellen und das Wollen sind keine T ä t i g k e i t e n des Geistes." „Nach *Binswanger* sind psychische Krankheiten Allgemeinerkrankungen der Großhirnrinde. Da die Großhirnrinde selten erkrankt ist bei Geisteskranken, so bestreite ich das." „Die Psyche ist keine Hirnfunktion." „Die Idee, als ob die Großhirnrinde der Sitz der psychischen Vorgänge ist, stimmt nicht. Wenn jemand z. B. durch Schreck Demenz akquiriert, so hat dieses mit der Rinde nichts zu tun. Auch *Flechsig* betont als Sitz mehr die subkortikalen Partien." „Leugnet man das Dasein der Seele, wie das jetzt bei einer Anzahl von Medizinern der Fall ist, dann würden alle Sprachen sich fortwährend falsch ausdrücken. Der herrliche Satz mens sana in corpore sano, dieser weise Spruch der Alten, hätte keinen Wert. Glücklicherweise bleiben wir auf Grund exaktester Forschung beim Alten." „Bei Hemmungen sind die Vorstellungen verdunkelt." „Wenn wir das Wachstum als eine Funktion des Geistes auffassen, und die Bahnen, welche der Geist braucht, um ein Glied herzustellen, z. B. einen Fuß, zerstört sind, meinetwegen das Beinzentrum, so ist es klar, daß der Fuß verstümmelt wird. Wir sehen daher bei Idioten oft Klumpfüße, kurz und gut alle möglichen körperlichen Monstrositäten." „Der Geist hat körperbildende Vorstellungen und benutzt diese auch wählend zum Aufbau des Körpers." „Nach meiner Meinung besteht unsere Seele aus zwei Wesen, dem Geiste und dem Gedächtnisse." „Die Hirnrinde ist nicht nötig zum Denken." (*Grimme.*)



Lombrosos (267) Tochter hat die in den verschiedensten Zeitschriften in einem Zeitraum von 50 Jahren (1859—1909) von ihrem Vater veröffentlichten Arbeiten zu einem Bande vereinigt. Es ist aber kein einfaches Zusammenstoppeln, sondern das Werk macht durchaus den Eindruck eines organischen Ganzen. *Lombroso* selbst trug sich mit dem Gedanken, ein klinisches Werk über die Geisteskrankheiten zu schreiben. Die Tochter hat also sozusagen einen Akt der Pietät erfüllt. Wie alles, was *Lombroso* geschrieben hat, ist auch dieses Werk sehr interessant zu lesen, zudem bringt es eine Fülle von Tatsachen. Freilich *Lombrosos* Klassifikation der Psychosen ist überwunden. Der Uomo alienato ist als ein Gegenstück zum Uomo delinquente gedacht, und demgemäß stimmt auch die Anordnung des Stoffes in beiden Werken überein. Der Begriff des Uomo alienato indessen, wenn er eine Abart vom Typus Mensch bezeichnen soll, wird keine Anhänger finden. *Lugaro* hat in seinem Werke „Probleme der Psychiatrie“ gezeigt, daß auch im Vaterlande *Lombrosos* die psychiatrische Forschung neue Wege eingeschlagen hat. (*Ganter.*)

Kurellas (253) Werk ist das Ergebnis einer jahrzehntelang betriebenen Forschertätigkeit. Es handelt sich um die Untersuchungen über die produktive Veranlagung. Angeregt durch die Tatsache, daß so häufig die bei den Vorfahren vorhandene Veranlagung zu geistigen und künstlerischen Interessen sich bei den Nachkommen nicht mehr vorfindet oder nicht von ihnen gepflegt wird, ging *K.* dem Wesen und der Vererbung der Begabung nach und untersuchte die Stellung der Intellektuellen im heutigen Wirtschaftsleben, wobei er zu recht pessimistischen Aussichten für die Zukunft kommt. *K.* unterscheidet drei Grundelemente der Begabung, die ideologische (intellektuelle), die wirtschaftliche und die technische; soweit die Tätigkeit in Frage kommt, teilt er die Menschen ein in die Praktiker und in die Intellektuellen (einschließlich aller künstlerischen Tätigkeit). Die Grundlage des geistigen und künstlerischen Lebens unseres Volkes, des modernen Europas, sieht *Kurella* gegeben in der evangelischen Kirche, dem Handwerk und dem Bauernstande. Den hieraus entspringenden kulturellen Kräften tritt der Kapitalismus entgegen. In dem werdenden Kapitalismus erblickt *Kurella* den Unterdrücker aller echten künstlerischen und geistigen Bestrebungen, weil sie von ihm immer mehr in den Dienst rein wirtschaftlichen Eigennutzes gestellt werden. In dem mit beißender Kritik gespickten Kapitel: Künstler und Publikum wird dieser Einfluß des modernen Wirtschaftslebens auf die künstlerische Tätigkeit geschildert. *K.* bezeichnet direkt als „eine der wichtigsten Funktionen des im Trustsystem triumphierenden Kapitalismus und Mammonismus“ die systematische Ausrottung der für Kunst und Wissenschaft begabten Schichten der Bevölkerung. So groß ist sein Pessimismus, daß er sagen kann: „daß wir mehr und mehr russischen Kulturzuständen zutreiben, das ist den Eingeweihten längst klar.“ — Das geistreiche Buch bringt manchen trefflichen Beitrag zur Beurteilung der modernen Gesellschaft; es enthält in seinen Folgerungen viele, oft bittere Wahrheiten und regt sehr zum Nachdenken an. Ohne in allem mit *K.* rückhaltlos übereinzustimmen — denn es handelt sich vielfach auch nur um subjektive Empfindungen z. B. in der Erörterung über den künstlerischen Geschmack —, wird man anerkennen müssen, daß sein Buch fraglos mit zu den bedeutenderen Erscheinungen unter der Literatur über diesen Gegenstand gehört. (*Grimme*-Hildesheim.)

Gruhles (166) Ausführungen geben einen kurzen Überblick über die zurzeit in der Psychiatrie herrschenden Richtungen und ihre Entwicklung: *Kraepelin* — *Hoche* — *Freud.*

Hoche (193) glaubt, daß die pathologische Anatomie nur in beschränktem Maße dazu berufen ist, bei der Erklärung der Entstehung seelischer Störungen und ihrer Gruppierung mitzuwirken. Beim Zustandekommen normaler und krankhafter seelischer Prozesse denkt der Autor sich regelmäßig einen sehr großen Teil des spezifischen Hirnparenchyms gleichzeitig beteiligt und will psychische Abnormitäten viel eher durch eine Verschiebung in den dynamischen Gegenseitigkeitsverhältnissen großer Hirnabschnitte als durch lokalisierte Störungen anatomischer Einzelelemente erklären; anatomische Erkrankungen können den Anstoß zu solchen Verschiebungen geben, aber sie allein sind nicht das Wesentliche. Auf den unbefriedigenden Zustand unserer speziellen Formenlehre wird in entsprechender Weise hingewiesen. Bei Erörterung der Erblichkeitsfrage macht Verf. auf die Unzulänglichkeit unserer bisherigen Methoden der Erblichkeitsforschung aufmerksam; sie soll mehr in genealogischem Sinne betrieben werden.

Franz (142): Ein kurzer, aber recht anschaulicher Überblick über anatomische und psysiologische Tatsachen und Theorien, über Bau, Entwicklung und Funktion der Nervenelemente und über das Wesen der Funktion. Der eigene Standpunkt des Verf. in den mancherlei Fragen wird kenntlich gemacht. Doch ist ein abschließendes Urteil natürlich nicht immer möglich. Ob es jemals dahin kommen wird? Ob jemals die Frage „der Umsetzung der Nervenvorgänge in Bewußtseinsvorgänge" einer befriedigenden Klärung zugängig werden wird? (*Grimme*-Hildesheim.)

Hajós (169) hat an einer Anzahl Medullen ein abnormes Bündel festgestellt, dessen Verlauf er folgendermaßen beschreibt: Es gibt Medullen, an welchen man ein bogenförmiges Bündel variabler Stärke findet, welches am hinteren Brückenrand an der Oberfläche der bulbären Pyramide als distinkter Strang bemerkbar wird; dieser verläuft an der Pyramide bis zum unteren Pol der Olive, wendet sich hier lateralwärts bogenförmig, umfaßt hierbei den untersten Abschnitt der Olive und gelangt schließlich zum Strickkörper, an welchem er auf- und einwärts zieht, somit zum Brückenkleinhirnwinkel strebt, woselbst er in der Masse des Strickkörpers einschmilzt. Dieses bogenförmige Bündel der Oblongata erscheint a) unilateral und b) bilateral, in beiden Fällen entweder als ungeteilter kompakter oder als in schmächtigere Strängchen aufgelöster Strang. Die Stärke variiert von eben sichtbarer Dünne (etwa 0,5 mm) bis zu einer Stärke von 5 mm. Das bogenförmige Bündel kann in einzelnen Fällen akzessorische Strängchen abgeben, welche insgesamt die Tendenz haben, spinalwärts zu ziehen, hierbei entweder an der Pyramidenoberfläche verlaufend, in der Höhe der Pyramidenkreuzung sich in die vordere Fissur einsenken oder aber an der Oberfläche des Seitenstranges gelegen sind und sich hier verlieren, indem sie zusehends verflachen. Eine Eigenheit des geschilderten Bündels dürfte noch sein, daß es in unilateraler Form vorwiegend links ausgebildet ist." Weiter ist bemerkenswert, daß es hauptsächlich bei Paralysen gefunden wurde.

Mikroskopisch wurde festgestellt: „Der absteigende Schenkel des Bündels



stammt aus der Pyramide, von welcher es als individueller Strang ein dünnes Septum trennt, und während es als Scheitel die Olive umkreist, bleibt es von dieser sowie von deren umkreisenden Nervenfasern (Fibrae arc. extern. ant.) ganz separiert, legt sich ferner als aufsteigender Schenkel dem unteren äußeren Abschnitt des Strickkörpers an, um schließlich in die Markmasse des letzteren einzutreten."

Es handelt sich also um ein Bündel aus der Pyramide zum Strickkörper bzw. in das Kleinhirn und stellt eine direkte zerebro-zerebellare Bahn dar, genauer „zerebro-bulbo-zerebellare Bahn". Von einem abnormen Bündel kann also nicht gesprochen werden, sondern nur von einem verlagerten. *Hajós* weist auf ähnliche Befunde in der Literatur hin (*Probst*, *Karplus*, *Ziehen*). (*Grimme.*)

Schaffer (379) macht in einer gedankenreichen und anregenden Abhandlung den Versuch, für die hereditären oder familiären Nervenkrankheiten, die familiären Muskelatrophien und Hypertrophien, die *Indrassik* schon 1896 klinisch unter der Bezeichnung „Heredodegeneration" zusammenfaßte, auch pathologisch-anatomisch eine allen gemeinsame Grundlage zu finden. Er legt dabei die Ergebnisse seiner Untersuchungen über die Fibrillen zugrunde. Unter Berücksichtigung von Untersuchungen anderer Autoren, namentlich der Ergebnisse *Sträußlers* (36 jähriges Mädchen erkrankt an Aufregungszuständen und intellektueller Schwäche und zeigte nebst leichter Atrophie der Großhirnrinde starke Atrophie des Kleinhirnes, des Hirnstammes, des verlängerten und des Rückenmarkes mit einer Zellveränderung, die der bei der infantilen amaurotischen Idiotie entsprach und Fälle von infantiler progressiver Paralyse mit Atrophie des Rhombenzephalons). fragt er, ob die Affektion der interfibrillären plasmatischen Substanz außer der familiären amaurotischen Idiotie auch bei anderen heredofamiliären Erkrankungen sich findet, und kommt zu dem Schluß, „daß sich für eine Zahl von different erscheinenden heredofamiliären Erkrankungen, die klinisch Kombinationen mehrerer Formen darstellen, eine gemeinsame Fundamentalveränderung, die abnorme Zunahme des Hyaloplasmas, finden läßt". Doch gibt es in dieser übereinstimmenden Alteration des Hyaloplasma graduelle Verschiedenheiten in der Intensität und Extensität des zytopathologischen Prozesses. An der Spitze steht die infantile (*Tay-Sachs*) Form der amaurotischen Idiotie; dann kommt die juvenile Form (*Spielmeyer-Vogt*); weiter der Fall *Sträußlers* mit Aufregungszuständen und Kleinhirnatrophie und endlich die Fälle *Sträußlers* von hereditärer Paralyse.

Die Erkrankung des Hyaloplasmas kann sowohl den gangliozellulären wie den axionalen Teil des Neurons ergreifen. Bei der Art der Affektion handelt es sich zunächst um eine Hypertrophie des Hyaloplasma (infantile Form der amaurotischen Idiotie; juvenile Form — *Spielmeyer*, *Vogt*, *Rogalski*, *Jansky*, *Schob* — Fälle von *Sträußler*). Die Schwellung geht Hand in Hand mit der Bildung von Abbaustoffen; doch ist die Schwellung das Primäre. Verschiedenheiten im Grade und in der Verteilung des Prozesses: „allörtliche Zytopathologie" und Fälle mit „segmentärer" Beschränkung.

Zweite Art der Affektion ist die Atrophie des Hyaloplasma (abnorm kleine, atrophische Vorderhornzellen bei der Dystrophie; der axionale Teil des Neurons bei der infantilen amaurotischen Idiotie; Fälle von *Merzbacher*). Aufzufassen wäre

trophie vielleicht als sekundäre Erscheinung bei von Anfang an nicht „normal :rüsteten“ Nervenzellen, die der Erschöpfung verfallen sind. Der Beginn der ıöpfung äußert sich in einer mit Chromolyse verbundenen hyaloplasmatischen ankung. Die ursprüngliche und ausschließliche Erkrankungsart des Hyalona sei die Hypertrophie. Die sogenannten Fibrillen spielen keine aktive Rolle er Zytopathologie der heredodegenerativen Krankheiten. (*Grimme.*)

Schaffer (380): In der mit zahlreichen, recht deutlichen Abbildungen vernen Abhandlung gibt *Schaffer* zunächst eine Zusammenstellung seiner eigenen ersuchungen. Es sei folgendes hieraus hervorgehoben: 1. „Den *Purkinje*schen en streben aus der tiefsten Körnerschicht bzw. aus der Marksubstanz Fasern die zu Bündeln vereinigt sind; diese Fasern bestehen aus feinen und aus mittel:ken Elementen, die stellenweise zu einer gigantischen Faser verklebt sind, sich ler Höhe der *Purkinje*schen Zellen aber wieder trennen, wobei sie einesteils in die sterfaserschicht, anderenteils in den Faserkorb der *Purkinje*schen Zellen einıen.“ 2. „Aus der Körnerschicht wie auch aus der Marksubstanz steigen breite sern empor, die unterhalb der *Purkinje*schen Zellen höchst launenhafte Verılingungen, Glomerulusbildungen abwickelnd, nun in den Faserkorb eintreten, ssen aber in der tieferen Lage der Molekularschicht verlassen und sich deren rizontalfasern anschließen.“ 3. „Die Kletterfasern schmiegen sich im allgemeinen hl innig den *Purkinje*schen Dendriten an, doch keineswegs in deren ganzem rlaufe, denn sie lenken nach einer kürzeren oder längeren Gemeinschaft ab und rden zu einer Horizontal- oder Schieffaser der Molekularschicht.“ 4. „Die Korbllenkollateralen weisen folgende Verlaufstypen auf: a) als echte Korbfaser, welche mit zur Bildung des *Purkinje*schen Faserkorbes beiträgt; diese kann manchmal ne kurze Strecke entlang dem *Purkinje*schen Axion hinab- und hinaufgleiten, mit zum Faserkorb zurückkehren, b) als verschmelzende Korbfaser, worunter verstehen sei, daß die Kollateralfaser zur Zusammenfassung von 2—3 *Purkinje*hen Zellen dient. Infolge Durchschlingung mehrerer solcher Fasern kommt es ır sogenannten Hängemattenbildung, c) als eine Faser, die, teils und vorüberhend dem Faserkorb angehörend, teils von diesem unabhängig die Lage der *urkinje*schen Zellen durchdringend, in die Körnerschicht gelangt und hier eine uffaserung erleidet.“ Im einzelnen muß auf das Original verwiesen werden. — m speziellen Teil schildert er seine Untersuchungen am Kleinhirn in einem Falle er *Tay-Sachs*schen Form der familiären amaurotischen Idiotie, wobei er zu dem chluß kommt, daß es möglich sei, die Krankheit aus dem Fibrillenbild zu erkennen; erner in einem Falle der Taboparalyse und der senilen Demenz, die beide außerrdentlich hochgradige Veränderungen boten. Auch hier muß auf das Original erwiesen werden. (*Grimme.*)

Krueger (250) stellt fest, daß die funktionellen Psychosen normale Hirngewichte und normale Differenzen zwischen diesen und der Schädelkapazität zeigen. Fälle, die unter dem Bilde der Amentia verlaufen, weisen durchweg Volumvermehrungen des Gehirns auf infolge von Hirnschwellung (*Reichardt*). Bei der Epilepsie bleibt in der Regel ein hohes Gewicht des Gehirnes erhalten. Fälle, die im status oder im Anfall sterben, zeigten relativ zu schwere Gehirne. Bei der Gruppe



der Dementia praecox kommt es in einem Teil der Fälle zu einer Hirnatrophie, eine große Anzahl von Gehirnen behält aber ihr normales Gewicht. Bei der Paralyse kommt es zu einer der Krankheitsdauer etwa proportionalen Hirnatrophie; dementsprechend tritt Vermehrung des Liquor im Sinne des Hydrocephalus ex- und internus ein. Bei der Dementia senilis kommt es ebenfalls zu einer Verringerung des Hirngewichts, welche die normale, im Alter auftretende Abnahme desselben weit überschreitet. Bei den an Dementia arteriosclerotica Verstorbenen ergibt sich teilweise eine Abnahme der Hirnsubstanz, absolut bleibt das Hirngewicht dem normalen etwa gleich; es scheint, als ob gerade die schweren Gehirne vom arteriosklerotischen Prozeß am stärksten angegriffen werden.

Lugaro (271): In einem Vorwort zu der Übersetzung hebt *Clouston* rühmend dieses Werk hervor. Keinem ist es so gut gelungen wie *Lugaro*, die Psychiatrie in so enge Verbindung mit den anderen medizinischen Disziplinen zu bringen, daß sie selbst als ein Zweig am Baume der medizinischen Wissenschaft erscheint. Nach einer historischen Einleitung, die die Hauptzüge der psychiatrischen Forschung und Betrachtungsweise des vorigen Jahrhunderts vorführt, beschäftigt sich Verf. in größeren Abschnitten mit, wie die Überschriften lauten, den psychologischen, anatomischen, pathogenetischen, ätiologischen, nosologischen und praktischen Problemen der Psychiatrie. Überall sind die wichtigsten Lehren und Anschauungen in ihren Grundzügen dargestellt, kritisiert, überall wird darauf hingewiesen, welche Probleme noch zu lösen sind und welches der beste Weg hierfür ist. Verf. bemüht sich, die psychischen Erscheinungen soweit wie möglich in Einklang zu bringen mit den anatomischen Tatsachen. Er ist ein Anhänger des psycho-physischen Parallelismus, der Lokalisationslehre nach *Flechsig*. Die Forschungen über die Hirnrinde in ihrer Beziehung zu den geistigen Störungen werden dargestellt, desgleichen auch die gröberen Hirnveränderungen. Die praktischen Probleme handeln vom Anstaltswesen, von der Unterbringung der geisteskranken Verbrecher, von der Prophylaxe. (*Ganter*.)

Nissl (317) macht auf den oft empfundenen lockeren Zusammenhang zwischen Krankenabteilung und anatomischem Laboratorium aufmerksam und betont mit Recht die Notwendigkeit entsprechenden Zusammenarbeitens. In seiner Klinik hat der Autor gemeinsame Besprechungen eingeführt, woran alle Ärzte teilnehmen. Hier werden die verstorbenen Fälle nach ihrem klinischen Verlauf und nach ihrem anatomischen Befunde von dem Gesichtspunkt aus erörtert, ein möglichst vollständiges Gesamtbild des Einzelfalles zu gewinnen. Demselben Zweck sollen die „Beiträge“ dienen. Das vorliegende erste Heft bringt drei klinisch und anatomisch gleichmäßig gut studierte organische Fälle. Sicher wird die klinische Psychiatrie aus dem verdienstvollen Vorgehen des Autors Nutzen ziehen.

Müller (307) hat die vasomotorischen Erscheinungen auf der Haut eingehend untersucht und erörtert die Frage, wieweit aus dem Auftreten oder Fehlen von vasomotorischen Erscheinungen nach Hautreizen auf pathologische Verhältnisse ein Rückschluß gezogen werden darf. Er hat bei Geisteskrankheiten einen Unterschied im Auftreten des vasomotorischen Nachrötens gegenüber der Norm nicht feststellen können. Lebhafte vasomotorische Erregbarkeit ist kein neuropathisches Zeichen.



Piotrowski (341) hat bei Perkussion des Musculus tibialis anterior entweder eine reflektorische Dorsalflexion und Supination des Fußes (Antikusreflex) oder eine reflektorische Plantarflexion des Fußes (antagonistischer Plantarreflex) oder eine reflektorische Plantarflexion der Zehen (antagonistischer Zehenreflex) beobachtet. Der Antikusreflex ist bei Gesunden inkonstant und a priori kein pathologischer Reflex. Erst durch Charakterveränderung wird er ein pathognomisches Zeichen und ist dann bei organischen Erkrankungen des Zentralnervensystems anzutreffen. Der antagonistische Plantarreflex kommt bei Gesunden nicht vor, er ist pathologischer Natur, seine Existenz deutet auf Organerkrankung des Nervensystems hin. Auch der antagonistische Zehenreflex scheint ein pathologischer Reflex zu sein. Alle drei Phänomene bilden ein Gegenstück zum *Babinski*schen Zeichen. Verf. will sich nicht mit dem *Babinski*-Zeichen begnügen und, wenn dasselbe fehlt, eine organische Erkrankung ausschließen; häufig ist ein anderes der genannten Phänomene vorhanden und *Babinski* nicht, so bei einem seiner Fälle. Hier war nur der antagonistische Plantarreflex da und ermöglichte die Erkennung des organischen Leidens.

Warburg (456) hält die Scapula scaphoidea nicht für pathognomisch für Syphilis der Aszendenten; sie ist auch kein Degenerationszeichen, sondern eine normale Varietät, die sich vielleicht bei schwächlichen Kindern häufiger findet als bei kräftigen.

Münzer (309) faßt seine bemerkenswerten Ausführungen in die Sätze zusammen: Wir sind auf Grund neuer Forschungsergebnisse gehalten, das Gehirn nicht nur in seinen Funktionen als Zentralorgan, sondern auch in seinem Wechselverhältnis zu den übrigen Körperorganen zu betrachten. Die mit Hilfe der *Abderhalden*schen Untersuchungen an Geisteskranken gewonnenen Resultate zwingen uns, die psychischen Störungen teilweise zu „dezentralisieren", d. h. ihren Ursprung nicht in das Zentralorgan, sondern in periphere Körperorgane zu verlegen. Das Gehirn ist in diesem Fall als Reizorgan aufzufassen; hierunter ist zu verstehen, daß es durch seine Organisation speziell befähigt ist, krankhafte Reize mit abnormer Leichtigkeit aufzunehmen, sie jedoch nicht auszugleichen vermag. Durch die partielle „Dezentralisation" psychischer Störungen werden für die Therapie neue Wege geschaffen.

Correns und *Goldschmidt* (82): *Correns* stützt seine Darstellungen vorwiegend auf Züchtungsversuche mit Pflanzen. Er bespricht in einer Einleitung ganz kurz den Hermaphroditismus, die Zwischenstufen, die den Hermaphroditismus und den rein geschlechtlichen Zustand verbinden und den Zeitpunkt der Geschlechtsbestimmung. Dann bespricht er die Voraussetzungen für eine Theorie der Geschlechtsbestimmung und die Anwendung der neuen Vererbungsgesetze auf das Problem der Geschlechtsbestimmung.

Jedes Geschlecht enthält auch die Anlagen des anderen. In ihren Anlagen sind beide Geschlechter gleich; beide sind eigentlich Zwitter. Die Geschlechtsbestimmung muß dadurch zustande kommen, daß nur ein Teil von den entfaltbaren Merkmalen zum Erscheinen bestimmt wird; wird der männliche Teil der Anlage unterdrückt, so entsteht ein Weibchen, und umgekehrt. Auch jede Keim-



zelle enthält die Anlage für beide Geschlechter. In jedem Individuum müssen demnach viererlei Anlagen vorhanden sein; zweimal die für das männliche, zweimal die für das weibliche, jedesmal die einen von der männlichen, die anderen von der weiblichen Keimzelle herstammend. Von diesen viererlei Anlagen entfaltet sich nur eine, die anderen bleiben latent. Die Keimzellen haben schon eine bestimmte Tendenz zur Unterdrückung des einen Anlagekomplexes. Die einen Forscher sprechen den Keimzellen dieselbe Tendenz zu, die das Individuum besitzt; also Spermatozoen hätten männliche, die Eizelle weibliche Tendenz. Andere nehmen gekreuzte Tendenz an. Das Geschlecht des Nachkommen wird aber erst bei der Befruchtung bestimmt. Bei ungleichen Tendenzen wird ein ererbter Unterschied in der Stärke der Tendenzen für das Geschlecht bestimmend. Es besteht die Annahme, daß in vielen Fällen das eine Geschlecht nur einerlei Keimzellen hervorbringt — homogametisch —, das andere nur zweierlei — heterogametisch. Es ist bald das männliche, bald das weibliche Geschlecht heterogametisch. „Entweder stimmt die Tendenz der Keimzelle jedesmal mit dem Geschlecht des Individuums, das sie hervorbringt, überein, und die zweierlei Keimzellen des heterogametischen Individuums unterscheiden sich dann nur in der Stärke dieser Tendenz. Oder das homogametische Geschlecht bildet Keimzellen, die alle mit ihm in ihrer Tendenz übereinstimmen; das heterogametische Geschlecht aber zur Hälfte Keimzellen, die seine Tendenz besitzen, zur Hälfte Keimzellen mit der entgegengesetzten Tendenz, also der des homogametischen Geschlechtes. Die Bestimmung des Geschlechts würde bei der Befruchtung so zustande kommen: Die eine Art Keimzellen des heterogametischen Geschlechts dominiert mit ihrer Tendenz über die der Keimzellen des homogametischen Geschlechts und es entsteht das heterogametische Geschlecht aufs neue. Die andere Art Keimzellen des heterogametischen Geschlechts hat dieselbe Tendenz wie die Keimzellen des homogametischen und gibt wieder dieses Geschlecht. Die zweierlei Keimzellen kommen durch das Spalten der Tendenzen während der Reduktionsteilung zustande. Die Entscheidung über das Geschlecht des Embryo tritt erst beim Zusammentreffen der Keimzellen im Augenblick der Befruchtung ein.

Zum Schluß erörtert *Correns* noch die Möglichkeiten über die willkürliche Bestimmung des Geschlechtes.

Demay (102): Es gibt keine besonderen Formen von familiären Geisteskrankheiten. Die gleichartigen Psychosen, die in gewissen Familien vorkommen, sind sehr mannigfaltig und unterscheiden sich ihrer Symptomatologie und Entwicklung nach nicht von den isoliert auftretenden Psychosen. Unter den familiären Psychosen kann man zwei Gruppen unterscheiden: 1. Psychosen, bei denen die geistige Ansteckung oder der Einfluß der Glieder der Familie sekundär erfolgt, zu welcher Gruppe besonders das halluzinatorische Irresein und der Beziehungswahn gehören, 2. die eigentlichen familiären Psychosen, von denen die Manie = Melancholie und die Dementia praecox die häufigsten sind. Die Tatsache, daß die Dementia praecox ziemlich oft als familiäre Krankheit auftritt, spricht für ihren konstitutionellen Charakter. Das Zwillingsirresein ist keine besondere Krankheitsform, sondern gehört zu den familiären Psychosen. *(Ganter.)*



Birnbaum (35) erörtert Wert und Bedeutung des „Konstitutionsbegriffes" l weist auf die Schwierigkeit seiner Verwendung in der Psychiatrie hin.

Lehmann (259) liefert einen vorzüglichen Überblick über die Ergebnisse, lche das Experiment auf dem Gebiet der Vererbungs- und Abstammungslehre :eitigt hat. Die Wichtigkeit der *Mendel*schen Regeln wird eingehend erläutert, f die Bedeutung der Ergebnisse der experimentellen Forschung für die Entcklung des Menschengeschlechtes besonders hingewiesen.

Jolly (216) betont, daß die Anzahl der Belasteten unter den Geisteskranken cht sehr viel höher ist wie bei den Geistesgesunden, 64,5 % gegen 46,5 %; auf n belasteten Geisteskranken treffen etwas mehr Belastungsmomente wie auf n belasteten Gesunden, 2 gegen 1,6. Als Belastungsmomente für Geisteskranke mmen eigentlich nur Geisteskrankheit, Charakteranomalien, die diesen naheehende Trunksucht, Selbstmord in Betracht. Die Rolle der erblichen Belastung ei Paralyse ist sehr fraglich. Bei Trinkern sind Alkoholismus und Suizid wesentch häufiger in der Familie wie bei Gesunden.

Jolly (217) hat an dem reichen Material der Hallenser Klinik eingehende ntersuchungen über die hereditären Verhältnisse bei Psychosen angestellt und ommt dabei zu folgenden Ergebnissen: „Die Lehre von einem Polymorphismus ler Vererbung kann nicht aufrecht erhalten werden; sie ist als eine irreführende Bezeichnung für das Vorkommen miteinander nicht in Beziehung stehender psychischer und nervöser Störungen, von durch Keimschädigung hervorgerufenen Erscheinungen und schließlich für wirklich vererbte Krankheiten in einer und derselben Familie abzulehnen. Bei Blutsverwandten können die verschiedenartigsten Psychosen vorkommen. Insbesondere besteht nicht ein Ausschließungsverhältnis zwischen affektiven und schizophrenen Psychosen; es ist sicher erwiesen, daß dieselben nebeneinander bei Geschwistern sowie bei Eltern und Kindern vorkommen können. Es ist aber unverkennbar, daß besonders die Affektpsychosen und hier wieder am meisten die Melancholie eine große Neigung zu familiärem Auftreten haben. Es können verschiedenartige affektive Störungen bei Verwandten vorkommen. Bei den Affektpsychosen erkranken Geschwister meist im gleichen Alter, Kinder in der Regel früher wie die Eltern. Die klimakterische Melancholie hat in hereditärer Beziehung keine Sonderstellung. Auch bei den Psychosen der Katatoniegruppe findet man meist, wenn auch etwas seltener, daß die Psychose der Verwandten derselben Gruppe angehört. Besonders häufig sind Geschwister davon betroffen. Es ist nicht die Regel, daß die Deszendenten früher erkranken als die Aszendenten. Es findet sich bei den Psychosen dieser Gruppe, besonders im Vergleich mit den affektiven Psychosen, nicht selten Trunksucht des Vaters. Paralyse und Lues der Eltern spielen keine Rolle. Abnorme Persönlichkeiten sind unter den Verwandten der Kranken nicht selten, es ist aber keineswegs eine Ausnahme, daß die Eltern normal sind. Vielleicht ist auch die öfter angegebene Trunksucht des Vaters als Ausdruck einer abnormen Persönlichkeit aufzufassen. Es handelt sich bei dieser Psychosengruppe wahrscheinlich um eine auf Grund einer spezifischen Anlage vererbte Geisteskrankheit. Bei Amentia sind erbliche Einflüsse bedeutungslos. Bei Paralyse spielt Heredität im üblichen Sinne keine Rolle. Die



paranoischen Psychosen des höheren Lebensalters zeigen kein familiäres Auftreten. Sie treffen häufig mit schizophrenen Psychosen in einer Familie zusammen, nur selten mit affektiven Psychosen, so daß wohl keine Verwandtschaft mit dieser Gruppe besteht. Die affektiven Psychosen zeigen keine einfache dominante Vererbung nach *Mendel*, vielleicht aber eine geschlechtsabhängige dominante Vererbung mit Bevorzugung des weiblichen Geschlechts, vielleicht handelt es sich jedoch um eine einfache rezessive Vererbung. Die Psychosen der Katatoniegruppe vererben sich nicht dominant nach *Mendel*; es ist aber sehr wohl möglich, daß bei denselben rezessive Vererbung statthat.

Rosanoff (363) studiert unter Anführung vieler Krankengeschichten und von Stammbäumen die ungleichartige Vererbung der Geisteskrankheiten und versucht die *Mendel*schen Vererbungsgesetze auf sie anzuwenden. Es besteht eine hereditäre Verwandtschaft zwischen den verschiedenen klinisch scharf voneinander geschiedenen neuropathischen Zuständen. Solches gilt von der Epilepsie, Dementia praecox, dem manisch-depressiven Irresein, der Imbezillität, der Involutionsmelancholie, den paranoischen Zuständen, der akuten Halluzinose und einigen verwandten Psychosen. Diese neuropathischen Zustände verhalten sich rezessiv gegenüber dem Normalzustand. Sie verhalten sich ähnlich zueinander, wie z. B. die Haarfarben der Mäuse, so daß man auch für sie eine Dominantenskala aufstellen kann. Doch läßt sich bisher nur die folgende Dominantenskala aufstellen: N (normalpsychischer Faktor), M (manisch-depressiver Faktor), D (Dementia praecox-Faktor), E (epileptischer Faktor). In derselben klinischen Gruppe gibt es zahlreiche quantitative Variationen bis ins Normale hinein. Diese sind in dem Keimplasma vorausbestimmt. Viele Fälle zeigen eine Vermischung von aus verschiedenen klinischen Gruppen herübergenommenen Symptomen. Diese Fälle sind Übergangsformen, die von einer Minus-Variation der Dominanten bedingt sind. Wenn der normalpsychische Faktor nur unvollkommen dominiert, so mögen damit die Bedingungen gegeben sein für das mildere Auftreten neuropathischer Symptome, möglicherweise auch gewisser normaler Charakterzüge. Die geistige Kraft scheint von der Stärke und Menge und nicht von der Mannigfaltigkeit der psychischen Determinanten abzuhängen. Individuen, die zu einer der Gruppen gehören: Psychisch-Stabile, Manisch-Depressive, Demente (praecox), Epileptische, können schwachsinnig sein, aber die Möglichkeit hierfür nimmt zu, je tiefer sie auf der Dominantenskala stehen. Die Beziehung des Schwachsinns zu anderen neuropathischen Zuständen und zum normalen Zustand ist die einer heterogenen Gruppe von Minus-Varianten, die auf einem allgemeinen Defekt der Stärke und Menge aller psychischen Determinanten beruhen. Schwachsinnige, ebenso wie Durchschnitts- und über dem Durchschnitt stehende Individuen können psychisch stabil oder Anfällen von Erregung oder Depression unterworfen sein, oder es können bei ihnen katatone und paranoide Symptome auftreten, oder sie können an epileptischen Anfällen leiden.

(*Ganter*.)

v. Hoffmann (194) berichtet nach kurzer Würdigung der Grundlehren der Rassenhygiene über die Verbreitung rassenhygienischer Ideen in den Vereinigten Staaten von Nordamerika und schildert die dortigen rassenhygienischen Maß-



nahmen — Regelung der Ehe im rassenhygienischen Sinne, Unfruchtbarmachung der Minderwertigen, Auslese der Einwanderer — und ihre Ergebnisse. Die interessanten eingehenden Schilderungen geben ein getreues Bild der amerikanischen Maßnahmen und Erfolge. Als Anhang sind die in Frage kommenden Gesetze im Wortlaut aufgeführt. Ebenso findet sich dort ein Verzeichnis der einschlägigen Schriften. Ein kurzes Schlagwörterverzeichnis trägt zur leichten Orientierung bei.

Strohmayer (420) schildert die Bedeutung des Mendelismus für die klinische Vererbungslehre und weist dabei auf die Fehler unserer bisherigen Erblichkeitsforschung hin. Er verkennt nicht die Schwierigkeiten der Mendelforschung beim Menschen, hält sie aber nicht für unüberwindlich. Vorwärts wird uns die „Familienforschung" bringen. „Die Ursachenforschung und das Studium der Vererbung muß in ihren Elementen im Rahmen der Familie geleistet, das Beobachtungs- und Erfahrungsmaterial des einzelnen muß zur Sichtung und Verarbeitung an Zentralstellen für Familienforschung vereinigt werden." Krankheiten, die sich erwiesenermaßen dominant vererben und nicht lediglich eine für den Träger und das Gemeinwohl gleichgültige Abnormität darstellen, sollen mit dem Eheverbot belegt werden. Bezüglich der mit gemeingefährlichen, verbrecherischen und antisozialen Instinkten begabten geistigen Defektmenschen hofft Verf., daß wir bald dem amerikanischen und schweizerischen Beispiel folgen und diese Schädlinge des Volkskörpers durch Sterilisierung unschädlich machen.

Hegar (182) gibt wertvolle Hinweise und Beispiele für die Indikation einer Sterilisierung aus rassenhygienischen Gründen. Kriminalität will er als Anzeige für die rassenhygienische Sterilisation nicht verwerten.

Friedel (145) hält die gesetzliche Einführung obligatorischer Sterilisierung gewisser Geisteskranker aus sozialer Indikation für deutsche Verhältnisse noch nicht für möglich; um so dringender bedarf daher die freiwillige Sterilisierung der Erprobung und Durchführung; hierzu sind besonders geeignet gewisse Kategorien von weiblichen Schwachsinnigen.

Strohmayer (421) hält es für unzulässig, von einer Unsitte der Verwandtschaftsheirat zu sprechen und sie ausnahmslos gesetzlich zu verbieten. Seit *Mendel* wissen wir, wie wir mit der Inzucht daran sind. „Man soll in Zukunft nicht mehr in einer Weise von der Inzucht sprechen, daß eine Verwechslung ihrer Wirkung mit den Folgen der gametischen Beschaffenheit der gepaarten Individuen möglich ist."

Parhon et *Urechia* (327): Versuche an Hunden und Kaninchen. Die Kastration schützt nicht in nennenswerter Weise vor den Folgen der Strychninvergiftung. In 3 von 5 Fällen waren die Konvulsionen (Strychnininjektion) bei den der Schilddrüse beraubten Tieren viel stärker als bei den Kontrolltieren, nur einmal zeigte sich das Gegenteil. Die Schwere der Vergiftung war im allgemeinen bei den operierten Tieren viel größer, denn es starben 2 von 5, während die Kontrolltiere am Leben blieben. In 8 Versuchen wurde festgestellt, daß die nach der Strychnininjektion auftretenden Konvulsionen bei den mit Schilddrüse vorbehandelten Tieren ausgesprochener waren als bei den Kontrolltieren. Die der Schild- und Nebenschilddrüse beraubten Tiere zeigten gegenüber dem Strychnin kein anderes Verhalten als die Kontrolltiere. Nur schien ihre Widerstandsfähigkeit herabgesetzt, sie starben



schneller als die Kontrolltiere. Die operierten Tiere erlagen alle, von 5 Kontrolltieren blieb eines am Leben. In 5 Versuchen wurden Schild- und Nebenschilddrüse entfernt und die Tiere mit großen Dosen Schilddrüse gefüttert: sie reagierten nicht anders auf Strychnin wie die Kontrolltiere. (*Ganter*.)

Lomer (268) glaubt, daß sich der eigentümliche Zusammenhang von Keimdrüsen und Psyche schon in den Gewichtsverhältnissen beider Organgruppen in gewisser Hinsicht ausspricht und daß auch die mehr sekundären Geschlechtscharaktere, Körperbehaarung und weibliche Brustentwicklung, dem Einfluß der Keimdrüsenhormone unterliegen.

Der von *Plaut*, *Rehm* und *Schottmüller* (343) bearbeitete Leitfaden zur Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit kommt einem dringenden Bedürfnis entgegen. Bei den Fortschritten, die die Lehre von der Zerebrospinalflüssigkeit und ihren pathologischen Veränderungen in den letzten Jahren gemacht hat, und bei der Wichtigkeit dieser Untersuchungen für die Klinik, besonders der organischen Erkrankungen des Zentralnervensystems, war es an der Zeit, die verstreuten Resultate der bisherigen Forschungen zu sammeln und zusammenfassend darzustellen. In dem jetzt vorliegenden Leitfaden hat *Rehm* den physikalischen, chemischen und zytologischen Teil, *Plaut* den serologischen und *Schottmüller* den bakteriologischen Teil bearbeitet. Der spezielle Teil wurde aus den gemeinsamen Beiträgen zusammengestellt. Ihre Aufgabe ist den Autoren glänzend gelungen, das Buch enthält in prägnanter Darstellung alles, was auf diesem Gebiet wissenswert und bekannt ist. Eine Reihe vortrefflicher, zum Teil farbiger Tafeln erläutern den Text. Das Buch kann zum Studium und zur Orientierung warm empfohlen werden.

Carbone e *Nizzis* (70) Untersuchungen lassen es als möglich erscheinen, daß das Cholestearin einen Teil des bei der Wassermannschen Reaktion in Wirksamkeit tretenden syphilitischen Serums bildet. (*Ganter*.)

Hauptmann (175) schildert in seinem glänzenden Vortrag die diagnostische Bedeutung der Lumbalpunktion; er zeigt, was die Liquoruntersuchung bisher an diagnostisch verwertbaren Tatsachen zutage gefördert, wie sie unsere Diagnostik bereichert hat und der pathogenetischen Erforschung neue Wege weist.

Donath (111) schildert kurz und übersichtlich Technik, diagnostischen und therapeutischen Wert der Lumbalpunktion und zeigt, wie wichtig die Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit ist. „Zwei Zugänge bieten sich uns dar, um einen Einblick in das Zentralnervensystem zu gewinnen: der Augenhintergrund und die Zerebrospinalflüssigkeit. Die Kenntnis der letzteren ist noch lange nicht erschöpft und wird gewiß noch weitere therapeutische Möglichkeiten darbieten."

Bisgaard (36) hat 234 Liquores von verschiedenen Krankheiten auf Globuline und Albumine untersucht und gefunden, daß bald nur die Globuline, bald die Albumine vermehrt sind; häufiger beide zusammen. Hierbei sind bei der Paralyse die Globuline, sonst die Albumine stärker vermehrt. Beiden Teilen, auch den Globulinen, erkennt er ein physiologisches Vorkommen in gewissen Grenzen zu. Die Vermehrung des Eiweißes trifft stets mit einer organischen Krankheit zusammen; doch ist eine solche nicht unbedingt mit einer Eiweißvermehrung verbunden. Negativ sind Dementia praecox, Dementia alcoh., Epilepsie, arteriosklerotische und senile Demenz.



ei Tabesfälle hatten keine *Nonne*sche Reaktion, so daß er zur Nachprüfung Tabes rät. Bei Tumor cerebri fand er dagegen beträchtliche Eiweißmengen; ch Globuline. Globulinvermehrung fand er in 97 %; Gesamteiweißvermehrung 93 %; beide zusammen in 98 % der Fälle. (*Grimme.*)

Jaeger und *Goldstein* (209) haben den Liquor von 107 verschiedenen Krank- itszuständen nach der Goldsol-Reaktion untersucht; darunter 33 Paralysen und Fälle von Lues cerebrospinalis. Ergebnis: Bei Paralysen und Lues cerebrospinalis 100 % stark positive Reaktion. Bei Tabes dieselbe starke Reaktion nur bei nem Teil der Fälle; einmal auch bei Hirnabszeß nach Schädelschuß. In den übrigen ganischen oder funktionellen Erkrankungen gibt die Goldsol-Reaktion keine diffe- ntialdiagnostischen Unterschiede; speziell können die Verfasser die als charakte- stisch angegebene Verschiebung des Ausflockungsmaximums nach oben bei be- timmten organischen Erkrankungen nicht bestätigen. Die Reaktion ist aber egen des häufigen Mißlingens der Lösung für den klinischen Gebrauch weniger eeignet. Die positive Reaktion erscheint ihnen erst beweisend, wenn sie so stark vie bei der Paralyse auftritt. Der Ausfall der W.-R. stimmt nicht immer mit dem Ausfall der Goldsol-Reaktion überein. (*Grimme.*)

Fauser (127): In seinem Vortrage im Deutschen Verein für Psychiatrie schildert *Fauser*, welche Überlegungen ihn zu seinen serodiagnostischen Untersuchungen geführt haben, und geht dann besonders auf seine an etwa 250 Geisteskranken gewonnenen Befunde ein, unter geistvoller Darlegung dessen, was von der neuen Methode zu erwarten ist. Bei der Dementia praecox fand *Fauser* Schutzfermente gegen Geschlechtsdrüsen und Hirnrinde. Diese Schutzfermente sind das Sekundäre, eine Folge der Dysfunktion der Drüsen. Sie sollen den unvollkommenen Abbauprozeß im Blute nachholen. Infolge dieses nachträglichen Abbaus entstehen Zwischenprodukte, die eine Rindenvergiftung bewirken. Bei der Dysfunktion der Geschlechtsdrüsen denkt *Fauser* an hereditäre Einflüsse. Schilddrüse und Geschlechtsdrüse stehen zueinander im Korrelationsverhältnis; deshalb erhält man bei Dementia praecox auch Abbau von Schilddrüse. Er betont die Geschlechtsspezifität und die Brauchbarkeit der Geschlechtsdrüsen ganz alter Personen. Die Dysfunktion der Geschlechtsdrüsen und der Hirnrinde scheint eine intermittierende zu sein, denn die Ergebnisse wechseln. Mit Sicherheit konnte Schutzferment gegen Geschlechtsdrüsen nur bei Dementia praecox nachgewiesen werden. Bei Basedow-Psychosen fand sich Schutzferment gegen Schilddrüse und Hirnrinde. Bei der Paralyse in der Mehrzahl Schutzferment gegen Hirnrinde. In ganz seltenen Fällen sicherer Paralyse fehlte es. Bei weit vorgeschrittener Paralyse, die gleichfalls einen Abbau vermissen ließen, nimmt *Fauser* an, daß sie ähnlich, wie bei Tuberkulose, nicht mehr imstande sind, Schutzfermente zu produzieren. Im Liquor wurde kein Schutzferment nachgewiesen. *Fauser* nimmt an, daß es sich bei der Paralyse um Spirochäteneiweiß handelt, das in die Blutbahn eingedrungen ist. Bei rein funktionellen Psychosen fand *Fauser* niemals Schutzferment gegen Rinde, Geschlechtsdrüse und Schilddrüse, auch nicht gegen Hypophyse, Zirbeldrüse, Nebenniere, Niere, Leber. Es ist möglich, daß es sich bei den funktionellen Psychosen nicht um qualitative Veränderungen der Drüsensekrete handelt, sondern um quantitative. Bei



epileptischen und alkoholischen Geistesstörungen fand *Fauser* in einigen schweren Fällen Schutzferment gegen Rinde; bei chronischen Alkoholikern mit Leberschwellung Schutzferment gegen Leber. (*Grimme.*)

Fauser (125) zeigt unter Schilderung seines eigenen Arbeitens und seiner eigenen Überlegungen und unter Anführung der Arbeiten anderer Autoren (*Much*, *Holzmann* usw.), wo die Wurzeln der neuen serologischen Untersuchungstechnik, soweit die Psychiatrie in Frage kommt, zu suchen sind, und führt sodann weitere Fälle an, die auf das beste die Brauchbarkeit der *Abderhalden*schen Reaktion erkennen lassen. Bei Fall 1 konnte er durch sie eine alkoholische Psychose als Dementia praecox feststellen. Es wurden Testikel, Hirnrinde, Leber und Schilddrüse abgebaut. Der Kranke hatte eine leichte Vergrößerung der Schilddrüse. Bei einer Patientin mit jahrelang bestehender Depression und einem kleinen Kropf wurden Ovarium, Schilddrüse, Hypophyse, Hirnrinde abgebaut. Nach einer Strumektomie psychische Besserung und nur noch Abbau von Ovarium. Den Einfluß der Struma auf das Entstehen der Psychosen machen Fälle klar, bei denen nach einer Strumaoperation psychische Störungen auftraten. *Hauser* denkt daran, daß während oder gleich nach der Operation unvollständig abgebaute Substanz in den Körper eingedrungen ist. Es wurde Schilddrüse und Hirnrinde abgebaut. *Hauser* erörtert dann noch den Abbau verschiedener Drüsen bei einer psychischen Erkrankung und weist darauf hin, daß ein Organ in verschiedenem Sinne „dysfunktionieren" könne. (*Grimme.*)

Fauser (130) berichtet über seine schon früher veröffentlichten Untersuchungsergebnisse, schildert, wie er bei seinen Untersuchungen vorgeht, wie er sich selbst kontrolliert, und bespricht die Einwendungen, die man der Methode gegenüber gemacht hat und die er sich selbst machte.

Fauser (128) betont, daß er die von ihm als Erstem gemachte Anwendung der neuen physiologischen Anschauungen und der Methodik *Abderhaldens* auf das Problem der Dementia praecox u. a. auch der Idee nach als selbstständig und unabhängig von *Abderhalden* von ihm selbst gefaßt und durchdacht betrachtet. (*Grimme.*)

Beyer (34): Kurze Schilderung von Fällen, die die Bedeutung der *Abderhalden*schen Reaktion beweisen sollen; einige sind forensische Fälle. Ihretwegen ein inzwischen viel kritisierter Hinweis auf die Wichtigkeit der *Abderhalden*schen Reaktion für die forensische Praxis. (*Grimme.*)

Fischer (137): Schilderung des Verfahrens bei der *Abderhalden*schen Reaktion. Die Sera von Kranken mit Dementia praecox bauten ziemlich konstant Hirnrinde und Geschlechtsdrüsen ab; das Serum von Frauen nur Ovarium, das von Männern nur Hoden. Fälle von Paralyse bauten Hirnrinde ab; von manisch-depressivem Irresein und ein Fall von Epilepsie keine Organe. (*Grimme.*)

Fischer (136): Ergebnis der von ihm angestellten *Abderhalden*schen Reaktion. Untersucht sind 87 Fälle. Bei der Dementia praecox wurde Hirnrinde ziemlich konstant abgebaut, mit Ausnahme einiger „stationärer Defektzustände", einer starken Remission, eines frischen Falles und einiger Fälle, in denen ein Zusammenhang zwischen Zustandsbild und Reaktion möglich erschien. Diese Patienten waren



g, antworteten sinngemäß und halluzinierten wenig oder gar nicht. Schild-enabbau erhielt er bei 37 Untersuchungen nur 10 mal, ohne daß eine bestimmte nkheitsform besonders beteiligt war. Nebennierenabbau in 7 untersuchten en keinmal; ebenso Pankreas bei 10 Fällen. Von 16 Fällen genuiner Epilepsie de nur einmal Rinde abgebaut. Bei Paralyse wurde Rinde nicht abgebaut einem stationären Falle; bei weitgehender Remission und bei einem schweren, nell verlaufenden Falle. Selten wurden bei Paralyse andere Organe abgebaut. rorgane wurden von menschlichen Seren nicht abgebaut. Die Abwehrfermente l durchaus spezifisch. (*Grimme.*)

Bundschuh (62): Schilderung der *Abderhalden*schen Reaktion. Nach seinen ahrungen hat es den Anschein, als ob Serum von Kranken mit Dementia praecox Organen von solchen Kranken stärker reagiert, als mit Organen von normalen iten. Jedes Organ ist genau zu charakterisieren. Ein „Einstellen" eines Organs bei der geringen Menge einzelner Organe nicht immer möglich. Die Kontrolle gan + Aq. dest. ist ungenügend; besser, aber auch nicht genügend ist die Kon-lle Organ + inaktiviertes Serum. Das Serum eines Gesunden ist mit einzustellen. (*Grimme.*)

Bundschuh und *Römer* (63): Besprechung ihrer Ergebnisse der *Abderhalden*-hen Reaktion. Aus der von ihnen angewandten Technik ist hervorzuheben: lutentnahme mit trockener Nadel; Waschen der stark zerkleinerten Organe mit eitungswasser und Kochsalz; Ausschluß von Organen von Leichen, bei denen ne sämtliche Organe angreifende Krankheit die Todesursache war; Einschaltung on Serum eines Gesunden oder von sicher negativ reagierenden Seren anderer ranken und endlich — solange die Technik noch im Anfangsstadium ist — Aus-ahl von klinisch einwandfrei diagnostizierten Krankheitsfällen. Untersucht nd 72 Fälle; nach Möglichkeit jedesmal mit zwei gleichartigen Organsubstraten. Gesunde reagierten negativ mit Gehirnrinde, Schilddrüse und Geschlechtsdrüse. Manisch-Depressive ebenfalls negativ mit Ausnahme eines Patienten, der mit childdrüse einen schwachen Abbau gab. Er hatte eine Struma. 41 Fälle von Dementia praecox bauten 35 mal Rinde, 34 mal Geschlechtsdrüsen und 14 mal Schilddrüse ab. Von 13 Paralytikern reagierten 11 mit Rinde und 2 mit Testikel, mit Rinde, 10 mit Testikel und sämtlich mit Schilddrüse negativ. (*Grimme.*)

Roemer (359) berichtet über die mit *Bundschuh* ausgeführten Untersuchungen mittels der *Abderhalden*schen Reaktion. 14 Gesunde, 6 Psychopathen, 11 Manisch-Depressive; 48 Fälle von Dementia praecox; 13 Paralytiker. Die drei ersten Kategorien reagierten negativ gegenüber Gehirn, Schilddrüse, Geschlechtsdrüse. Bei der Dementia praecox wurde 41 mal Hirnrinde, 17 mal Schilddrüse, 43 mal Geschlechtsdrüse abgebaut. Die Geschlechtsspezifität wurde gewahrt. 13 Paralytikern reagierten sämtlich mit Rinde positiv, mit Schilddrüse negativ und sämtlich bis auf einen Testikel negativ. Der Liquor wurde bei 7 Paralytikern frei von Abwehrferment gefunden. Der negative serologische Befund bei den Anfällen des manisch-depressiven Irreseins bedarf nach der Auffassung des Verfassers noch umfangreicher Nachprüfungen. Die gleichzeitige Dysfunktion anderer Organe bei gewissen Gruppen von Geisteskrankheiten zusammen mit dem Abbau von



Hirnrinde wird von *R.* erörtert und im Hinblick auf diese Dysfunktion wird auf die Erkenntnis der Grundlage mancher Psychosen hingewiesen. (*Grimme.*)

Hussels (203): Kurze Mitteilung der Ergebnisse der *Abderhalden*schen Reaktion. Bei Gesunden und Hysterikern keinerlei Abbau. Bei Dementia praecox regelmäßig Abbau von Gehirn und Hoden; nie von Plazenta. Bei einem gehemmten Katatoniker keine Reaktion. Bei 14 Paralytikern Abbau von Gehirn regelmäßig, dreimal von Hoden, auch zweimal von Plazenta. Dies wird für einen Versuchsfehler erklärt. In 20 verschiedenen Fällen wurde auch Karzinom und Leber abgebaut. Abbau von Karzinom fand sich nur bei einem auf Karzinom dringend verdächtigen Kranken; Leber gab dreimal mit Paralytikerserum positive Reaktion, so daß an der Blutreinheit der Leber gezweifelt wurde. Das Waschen mit Wasserstoffsuperoxyd wird verworfen. (*Grimme.*)

Mayer (290): *Abderhalden*sche Reaktion an 47 Fällen. Die Ergebnisse stimmen vollkommen mit denen von *Fauser* u. a. überein. Bei Dementia praecox findet sich immer Abbau von Geschlechtsdrüsen; meistens auch von Hirnrinde und Schilddrüse. Bei funktionellen Psychosen keine Abwehrfermente. Bei Paralytikern solche gegen verschiedene Organe, immer gegen Hirnrinde. Im Liquor der Paralytiker wurden dagegen nie Abwehrfermente gefunden. Serologisch läßt sich das Paralytikerserum von dem einer Dementia praecox und dem bei einer Paralyse fast immer vorhandenen Leberabbau unterscheiden. Auch ein Endzustand bei Dementia praecox reagierte positiv. Bei fortschreitender klinischer Besserung eines Dementia praecox-Kranken keine Änderung der positiven Reaktion. (*Grimme.*)

Mayer (291) beschreibt seine Versuche, die die absolute Organspezifität der *Abderhalden*schen Abwehrfermente beweisen und gleichzeitig keine Anhaltspunkte dafür ergeben, daß ein Ferment ein anderes verdecken kann, so daß dessen Wirkung im *Abderhalden*schen Versuch nicht zum Vorschein kommt. Es waren mehreren Kaninchen verschieden große Mengen Kaninchenhirn und Kaninchenleber in die Bauchhöhle injiziert. In den *Abderhalden*schen Versuchen ergaben dann jedesmal nur Leber und Hirnrinde einen Abbau. (*Grimme.*)

Münzer (310) bespricht die Bedeutung der *Abderhalden*schen Reaktion für die Erkennung mancher bisher unklarer, auf Dysfunktion von Drüsen beruhenden Krankheiten, z. B. des Diabetes, und gibt Ausblicke auf die Diagnostik und Therapie der Psychosen. Er weist darauf hin, daß auch der Liquor auf Hirnsubstanz, Keimdrüsen, Schilddrüsen untersucht werden muß. Auch an die Tetanie und Myasthenie sei zu denken. Für die Therapie rät er antagonistische Organe zu verabreichen. (*Grimme.*)

Szabó (425) hat den Liquor von 60 an verschiedenen Geisteskrankheiten leidenden Kranken auf die verschiedensten Fermente untersucht und ist zu folgenden Ergebnissen gekommen: Der Liquor enthält nur wenige und schwach wirkende Fermente. Niemals fand sich eine invertase-zymose-pepsin- oder antipeptische, eine tryptische oder antitryptische oder eine Labfermentwirkung; ebenso fehlte Tyrosinase und Aldehydase. Diastase fand sich bei Hysterie und Manie. Der Liquor in Fällen von Dementia praecox, Alkoholpsychosen, seniler Demenz, präsenilen

›sen hat eine stärkere amylotische Wirkung als der bei Paralyse. Bei neu-
und schwach alkalischer Reaktion hat der Liquor eine fettspaltende Eigen-
; am stärksten bei Paralyse. Jeder Liquor enthält ein oxydatives vermittelndes
›nt, das im Stoffwechsel des Zentralnervensystems eine wichtige Rolle spielen
.nd übt eine katalytische Wirkung aus. Der pathologische Liquor hat stärkere
›ntwirkungen als der normale. *Sz.* hält es für wahrscheinlich, daß die Bildung
'ermente mit der Sekretionstätigkeit des Plexus im Zusammenhange steht.
(*Grimme.*)

Theobalds (429) Untersuchungen umfassen 165 Fälle mit 1000 Protokoll-
nern. 10 mal fand er selbst reagierende Seren. Bei 58 Fällen von Dementia
:ox wurde in 60 % Hirnrinde, in 58 % spezifische Geschlechtsdrüse, in 64 %
ddrüse, in 12 % nichts abgebaut. Bei 25 Fällen von Idiotie reagierte Hirn-
: 7 mal; spezifische Geschlechtsdrüse 9 mal. Bei 10 Fällen von manisch-
essivem Irresein wurden nur einmal wiederholt Hirnrinde, Testikel und Schild-
e abgebaut. Bei 7 Fällen arteriosklerotischen Irreseins 6 mal Hirnrinde, 4 mal
enwand, 3 mal Testikel, je 1 mal Leber und harte Hirnhaut und 1 mal Schild-
e. Bei 18 Fällen von Dementia senil. 7 mal Hirnrinde, 1 mal Testikel, 2 mal
:a, 3 mal Niere, 1 mal Dura. Bei 19 Paralytikern 1 mal Testikel, 4 mal Leber,
al Pia, 12 mal Hirnrinde. Eine stationäre Paralyse war negativ. Bei Alkoholis-
:, Hysterie, Psychopathie negative Befunde. (*Grimme.*)

Theobald (428) berichtet über zwei Kastrierte, von denen der eine nicht mehr
Hoden in der *Abderhalden*schen Reaktion reagierte; der andere dagegen noch.
dieser auffallenden Reaktion wird gedacht, an verlagerte bei der Operation
ückgebliebene Hodengebilde — der Kranke hat noch Pollutionen und Erek-
ıen — oder an ein Eintreten von Samenstrang und Samenbläschen, die vielleicht
ıliche Bausteingruppen enthalten. Größere Bedeutung wird aber dem fort-
etzten Gebrauch von Schlafmitteln zugeschrieben, die einen Abbau aller mög-
ıen Organe bedingen sollen. (*Grimme.*)

Maas (275) hält die Verwendung kleinerer Serummengen (0.1) und die An-
ndung des Wasserstoffsuperoxyds beim Waschen der Organe nicht für zweck-
.ßig. Beruft sich aber auf eine mündliche Mitteilung *Abderhaldens*, nach der
: kleinere Serummenge bei fieberhaften Erkrankungen oft geboten ist, da das
rum allein schon mit Ninhydrin reagierende Stoffe enthält. Eine Kontrolle mit
›chsalz ist unzweckmäßig, da sie nur eingeengt verwertbar ist. *M.* verzichtet
f die doppelte Versuchsausführung. Verwendung von Paralytikergehirnen bei
ıralytikern zeigte keinen wesentlichen Unterschied. Besprochen werden 213
ntersuchungen. Er hält die Mitführung eines normalen Falles in jeder Versuchs-
ihe für erforderlich. Bei 21 normalen Fällen fand sich nur je einmal schwache
ermentbildung gegen Schilddrüse und gegen Gehirn. Wahrscheinlich Versuchs-
›hler. Bei der Dementia praecox häufige Fermentbildung gegen Gehirn, Keim-
rüse und — weniger häufig — gegen Schilddrüse und Nebenniere. Eine Abgrenzung
ınerhalb der Gruppe war nicht möglich; auch keine Übereinstimmung mit dem
'ustandsbilde. Nur zeigten chronische Fälle seltener Gehirnabbau. Bei akuten
'ällen intermittierender Abbau. 10 Manisch-Depressive, dabei zweimal Schild-



drüsenabbau. Erklärung möglich. Einmal Gehirnabbau; vielleicht auf temporären Abbau im Sinne *Kafka*s zu beziehen. Bei Paralysen in zwei terminalen Fällen stärkste Reaktion. Fast immer Gehirnabbau; er fehlte bei einem Patienten mit erhaltenem Intellekt. Daneben Abbau von Keim- und Schilddrüse. Im Liquor keinerlei Abbau. 15 Fälle von Imbezillität lassen einen äußerlich ähnlichen Abbautypus wie Dementia praecox erkennen. 10 Epileptiker zeigten bis auf 2 Gehirnabbau; Keimdrüsenabbau 4 mal. Bei einfachen psychopathischen Zuständen keine Fermentbildung gegen Gehirn und Keimdrüse; dagegen häufiger gegen Schilddrüse. Wegen der Würdigung des Abbaus von Keimdrüsen wird auf die Notwendigkeit von Untersuchungen unter physiologischen Bedingungen und in gewissen Lebensabschnitten, auch bei endogener Schwachsinnsbildung hingewiesen.

(*Grimme.*)

Neue (314): Von 14 männlichen Fällen von Dementia praecox zeigten 11 Abbau von Hoden, 2 von Schilddrüse, 1 von Hoden und Schilddrüse, 13 von Gehirn. Der mit Gehirn negative Fall war eine seit Jahren unveränderte Dementia paranoides. Von 12 weiblichen Fällen war bei 8 Abbau von Ovarium, bei 1 von Schilddrüse, bei 2 von Ovarium und Schilddrüse, bei 10 von Gehirn. Bei den zwei mit Gehirn negativ reagierenden Fällen handelte es sich wieder um alte Fälle. Doch auch unter den Gehirn abbauenden Fällen waren alte, klinisch abgelaufene. Geschlechtsspezifität wurde gewahrt. Bei sämtlichen Paralysen mit einer Ausnahme Abbau von Gehirn. Bei diesem einen Falle handelt es sich um eine vor ganz kurzer Zeit in Erscheinung getretene Paralyse. Von 7 Untersuchungen des Liquor einmal eine positive Reaktion gegen Gehirn bei 2 und 3 ccm Flüssigkeit. Die Kontrollen waren negativ. 3 Fälle von Lues cerebri bauten Gehirnsubstanz ab; ebenso 1 Fall von Tabes. Bei 8 Fällen von Dementia sen. 7 mal Abbau von Gehirn und Prostata; daneben auch von anderen Organen. 2 Fälle von Addisonscher Krankheit bauten Nebenniere ab. Ein Fall von Entartung reagierte positiv mit Hirnrinde; ein Psychopath mit Hoden; 2 Frauen im Klimakterium mit Ovarium. Bei 9 gesunden Pflegern je einmal Schutzferment gegen Schilddrüse, Niere und Pankreas. Die Spezifität der Schutzfermente hält *N.* nicht für bewiesen, weil die Zahl der Untersuchungen zu gering sei. (*Grimme.*)

Kafka (224): Die kurze Veröffentlichung *Kafka*s wird fraglos überall sehr dankbar aufgenommen werden und sehr viel zur Verbreitung der serologischen Untersuchungen beitragen. Denn er gibt für die einzelnen Krankheitszustände in wundervoll übersichtlichen Kurven ein Gesamtbild aller vorzunehmenden Einzeluntersuchungen. *Kafka* untersucht jedesmal: die Fibringlobuline, Phase I, Gesamteiweiß, Zellen im Kubikmillimeter, N.-A. im Liquor, Komplement im Liquor, W.-R. im Liquor, N.-A. im Blute, Komplement im Blute, W.-R. im Blute. Wir finden eine Kurve für den Normalen, für die akute, nicht luische Meningitis, die akute, luische Meningitis, die Paralyse, die Lues cerebrosp., die Tabes, besondere Formen von Tumor cerebri oder spin., für Xanthochromie nach Blutung. Gerade solche anschauliche Übersicht schafft erst das volle Verständnis für die serologischen Untersuchungen. *Kafka* hat sich durch ihre Schaffung ein großes Verdienst erworben. (*Grimme.*)



Kafka (223): Ergebnisse der *Abderhalden*schen Reaktion an 70 Fällen. 17
ıale, 25 Fälle von Dementia praecox, 4 Manisch-Depressive, 6 mal Lues,
es cerebri, ferner Akromegalie, Basedow und Hypophysentumor, Epilepsie,
ie, Paralysen. Die normalen Fälle frei von Abbau; nur zweimal eine schwache
:tion auf Milz. Die Fälle von Dementia praecox boten den *Fauser*schen Typus;
in wenigen Fällen auch Abbau von Nebenniere. Dasselbe zeigten die Fälle
manisch-depressivem Irresein; in einem Falle schwerer Erregung auch Gehirn-
ıu. Bei Epilepsie im Anfall Schilddrüse und andere Organe. Ein Hypophysen-
or baute Gehirn und Hypophyse stark ab. (*Grimme.*)

An *Kafka*s (222) Arbeit ist zunächst wichtig das genauere Eingehen auf die
wierigkeiten in der Technik. Er betont, daß zum Waschen der Organe oft
Stunden nötig seien, daß häufig die vollkommen ninhydrinfreien Organe in
ıigen Tagen wieder unbrauchbar werden; ferner die Schwierigkeiten in der
ırteilung der Reaktion. 1 ccm Serum hält er für die Reaktion für genügend.
tersucht wurden 120 Fälle. Aus seinen Ergebnissen seien folgende Sätze hervor-
ıoben: Die Dialysiermethode ist imstande, uns über bestimmte Störungen im
hirnstoffwechsel und im Spiele der Drüsen mit innerer Sekretion zu unterrichten.
›wehrfermente gegen Gehirn werden gebildet, wenn das Gehirn selbst schon er-
ankt ist, oder wenn Schädigungen dauernd oder plötzlich und intensiv auf seinen
offwechsel einwirken. Damit ist nicht gesagt, daß bei jeder Erkrankung des
ehirns Schutzfermente im Blute nachweisbar sind. Abwehrfermente gegen Ge-
hlechtsdrüsen sind für Dementia praecox charakteristisch; sie scheinen sich
›nst nur bei Paralyse oder selten im epileptischen Anfall zu finden. Die Idiotie-
nd Infantilismusformen dysgenitaler Natur müssen nach dieser Richtung hin
och untersucht werden. Abwehrfermente gegen Nebenniere finden sich bei Dementia
raecox. Abwehrfermente gegen Schilddrüse sind in erster Linie bei Dementia
raecox nachweisbar, ferner bei Paralyse. Bei der Epilepsie scheinen sie in Be-
iehung zu den Paroxysmen zu stehen. Gewisse Basedowformen neigen nur in
;eringem Maße zur Bildung derartiger Abwehrfermente. Solche gegen Hypophyse
anden sich nur bei Akromegalie und Hypophysentumor. Die Befunde der Fermente
;egen Geschlechtsdrüsen scheinen schon jetzt diagnostische und prognostische
Brauchbarkeit für das Gebiet der Dementia praecox zu haben. Hier scheint sich
auch die Möglichkeit zu ergeben, gewissen Fällen eine besondere Stellung einzu-
räumen. Hypothesen über die Spezifität einzelner Fermente sind heute noch nicht
diskussionsfähig. Bei einem Falle stark manischer Erregung fand sich Gehirnabbau.
Eine schwere Chorea zeigte Abwehrfermente gegen Gehirn; eine andere gegen
Rückenmark; eine multiple Sklerose keine Abwehrfermente. (*Grimme.*)

Kafka (221) untersuchte als Erster den Urin auf Abwehrfermente. Der Urin
wird in ein steriles Gefäß entleert, durch ein steriles Filter filtriert und zentrifugiert
und durch mehrstündige Dialyse gegen fließendes Wasser von den mit Ninhydrin
reagierenden Stoffen befreit. Dann Versuch wie bei der Reaktion mit Serum. Zwei
Fälle von Dementia praecox reagierten mit Urin sowie mit Serum, wenn auch in
anderen Stärkegraden gegen Gehirnmark und -rinde, Hoden, Schilddrüse. Eine
Gravida reagierte im Serum nicht, aber zweimal mit Urin gegen Plazenta. Zwei



normale reagierten im Urin und im Serum negativ. Es gehen also spezifische Abwehrfermente in den Urin über und sind in ihm nachzuweisen. (*Grimme.*)

Schultz (388) hat Blutuntersuchungen an Epileptikern und Dementia praecox-Kranken angestellt. Schon bekannt war, daß dem epileptischen Anfall eine Leukozytose folgt, an der besonders die lymphozytären Elemente beteiligt sind. *Schultz* hat nun das Blut in der Aura und in den Intervallen untersucht und festgestellt, daß sich der Anfall oft stunden- und tagelang vorher durch Blutveränderungen ankündigt, die nach dem Anfall bei frischen Fällen rasch wieder dem normalen Blutbilde Platz machen; bei chronischen Fällen aber dem Blutbilde der chronischen epileptischen Veränderung (eine ausgesprochene relative und absolute Lymphozytose mit besonderer Beteiligung der Mononukleären- und Übergangsformen). In der Aura steigen die Lymphozyten und polynukleären Elemente stark an. Er hält es für sicher, daß diese Veränderungen mit dem Wesen des epileptischen Prozesses zusammenhängen, und weist auf den Status lymphaticus bei 20% der genuinen Epileptiker hin. Bei der Dementia praecox hebt er speziell den von ihm erhobenen Befund hervor, daß sich oft eine auffallende Vermehrung der Erythrozyten findet, sogenannte „kapilläre Erythrostase". Besteht diese Vermehrung nach Ablauf akuter Erscheinungen weiter, so soll der Kranke in Gefahr sein, zu verblöden. Er stellt den Befund zusammen mit den vasomotorischen Störungen dieser Kranken. *Sch.* will den Befund zur Differentialdiagnose benutzen. Da eine Vermehrung der Erythrozyten sich auch findet bei gewissen Vorgängen in der Geschlechtssphäre, erinnert *Sch.* an die Forschungen *Abderhaldens*. (*Grimme.*)

Kafka (225) berichtet über 70 Fälle, an denen er die intrakutane Luetinreaktion nach *Noguchi* angestellt hat. Er betont, daß die Injektion auch wirklich eine intrakutane sein müsse und daß nur die von *Noguchi* empfohlene Menge (0,035 Luetin + 0,035 physiologische Kochsalzlösung) injiziert werden dürfe. Das Material bestand aus 4 Nichtlues, 1 Lues, 9 Lues latens, 11 Lues congen., 8 Lues cerebrosp., 2 fragliche Lues cerebrosp., 27 sichere und 5 fragliche Paralysen, 3 Tabes. Ergebnis: Nichtlues und Lues II negativ. Lues latens: 4 Fälle deutlich positiv und 3 Fälle Spur Reaktion; Lues cong. einmal schwach positiv. Lues cerebri in 75 % der Fälle, Paralyse in 60 %, Tabes 100 %. Die positive Reaktion zeigt sich schon nach 24 bis 32 Stunden an der Stärke der Rötung und Infiltration. Die negativen Reaktionen, bei denen nur leichte Rötung oder kaum fühlbare Papelbildung vorhanden war, waren meist nach 48 Stunden verschwunden. Er unterscheidet zwei Typen der Reaktion: eine gerötete Papel mit Hofbildung, die sich 7 Tage hielt, und ausgedehnte Rötung mit derber Infiltration. Die Reaktion ist spezifisch und ergänzt die W.-R. (*Grimme.*)

Kastan (231) untersuchte 17 Imbezille und Idioten und stellte fest, daß 11 eine erhebliche Herabsetzung des Adrenalingehaltes im Blutplasma, 3 eine mäßige Verringerung und 3 normale Werte zeigten. Von 4 senilen Psychosen ließen 2 (senile Demenz) keine Abweichung erkennen. Bei einer Presbyophrenie und einem präsenilen Beeinträchtigungswahn erweiterten sich die Gefäße im Experiment; doch will *K.* hierbei nicht an eine Überproduktion von Adrenalin denken, sondern an eine andere, die Gefäße erweiternde Substanz, die im Blute kreist. Bei der Be-



gründung des Befundes an den Idioten schließt sich *K.* der Anschauung *Weigerts* an, der eine das Gehirn und die Nebennieren in der Entwicklung störende Schädigung annimmt. *K.* sieht in solchen Untersuchungen eine Möglichkeit, den Nachweis darüber führen zu können, ob eine Idiotie oder eine stärkere Imbezillität erworben ist oder schon in der ersten Anlage vorgebildet ist. (*Grimme.*)

Hirschfeld (192) behandelt im dritten Bande des Handbuches der gesamten Sexualwissenschaft in Einzeldarstellungen die Homosexualität des Mannes und des Weibes. Das Werk zerfällt in zwei Hauptteile. Der erste Teil behandelt den homosexuellen Mann und die homosexuelle Frau als Einzelerscheinung. Nach der Begriffsbestimmung werden zunächst ausführlich die Zeichen der Homosexualität besprochen. Dann folgt eine Einteilung der Homosexuellen nach den verschiedensten Gesichtspunkten, nach ihrer persönlichen Eigenart, nach ihrer Geschmacksrichtung und den Betätigungsformen, nach Entstehung und Begleiterscheinungen. Hieran schließt sich eine kritische Übersicht über die Erklärungsversuche und die Behandlungsmethoden der Homosexualität. Der zweite Teil schildert die Homosexualität des Mannes und des Weibes als Massenerscheinung. Zunächst wird die Verbreitung und dann die Vergesellschaftung der Homosexuellen eingehend geschildert und dann ein Bild ihrer wechselreichen Geschichte von den Anfängen der Kultur bis auf die Gegenwart gegeben. Zur wissenschaftlichen Bearbeitung dieses schwierigen Stoffes war der Autor durch seine große Erfahrung besonders geeignet. Es ist ihm denn auch gelungen, eine einzig dastehende einheitliche, umfassende, übersichtliche Darstellung, eine Enzyklopädie der Homosexualität des Mannes und des Weibes zu geben. Übersichtliche Anordnung und ein ausführliches Namen-, Länder-, Orts- und Sachregister ermöglichen rascheste Orientierung.

Senf (396) schildert unter der Bezeichnung Narzißmus Erscheinungsformen sexuellen Empfindens, bei denen auf der Grundlage eines homosexuellen Charakters die eigene Person zum Mittelpunkt und Gegenstand des Geschlechtslebens gemacht wird. Solche Erscheinungsformen bezeichnet er als „Integritätserotik", als „Inspirationserotik" und als „Konturerotik". — Unter Integritätserotik versteht er ein sexuelles Mißempfinden, das das unbewußte Verlangen nach dem Unberührtbleiben als Grundlage des sexuellen Empfindens hat; in dem Kampfe zwischen der aufsteigenden Begehrlichkeit und dem Anstreben gegen ein Unterliegen sein sexuelles Erlebnis und in dem Gefühl, unberührt geblieben zu sein, den Sexualgenuß findet. Auf dem Boden dieses Kontrastes der Empfindungen, bei starkem sexuellem Antrieb einerseits und der Scheu vor sexuellen Handlungen andererseits sollen auch Sexualverbrechen entstehen können.

Unter Inspirationserotik versteht er „das psychische Phänomen, wonach die sexuelle Entspannung und die Quelle aller Lust in dem eigenen seelischen Wirken gefunden wird". An Stelle des sexuellen Verlangens soll der Zwang zum Schaffen treten, der sich nun in intellektuellen oder in künstlerischen Bestrebungen äußert und denselben Drang zur Entladung zeigt, wie die sexuellen Empfindungen. Diese Individuen erscheinen asexuell in dem gewöhnlichen Sinne und frei von allem Liebesgefühl.

Unter Konturerotik versteht er die Erscheinung, „daß ein seltsames Gefühl

des eigenen Körpers, das dem normalen Menschen fremd ist, die sexuelle Entspannung vermittelt". Derartige Individuen finden einen sexuellen Genuß in der Freude an den Konturen ihres Körpers. Dieser Genuß veranlaßt sie zur besonderen Körperpflege und zur besonderen Rücksichtnahme auf die Konturen ihres Körpers bei der Kleidung. (*Grimme.*)

Senf (397): Es handelt sich um eine kurze Erwiderung auf einen Angriff *Näckes* und eine kurze Besprechung der Theorien über den Ursprung der Homosexualität. *Senf* weist namentlich die Annahme zurück, er habe behauptet, ein wirklich Heterosexueller könne durch Verführung, Onanie, Lektüre usw. zum Urning werden. (*Grimme.*)

Ellis (120) möchte für Transvestismus, Verkleidungstrieb, die Bezeichnung sexualästhetische Inversion einführen, da jener Begriff zu eng ist. Verf. bringt 4 Fälle. Der erste Fall betrifft eine verheiratete Frau, die von sich als einem seiner Geliebten den Hof machenden jungen Manne träumt. Der zweite Fall handelt von einem verheirateten Manne, dessen höchste Wollust es ist, ein Frauenkorsett anzuhaben. Dieser Fall hat nach Verf. etwas von Fetischismus an sich. Der dritte ist ein voll ausgebildeter Fall: Sehnsucht nach weiblicher Kleidung, weiblicher Gestalt, weiblichen Vergnügungen und Zärtlichkeitsbedürfnissen. Ähnlich der vierte Fall. In allen Fällen war sonst der geschlechtliche Verkehr normal. (*Ganter.*)

Gildemeister (154) berichtet über die physikalisch-chemische und physiologische Seite des psycho-galvanischen Reflexes.

Gregor und *Gorns* (163) Untersuchungen legen eine klinische Verwertung der Aufnahme des psychogalvanischen Phänomens nach folgenden Richtungen nahe: Zur Beurteilung der Auffassung und Verarbeitung von Eindrücken bei stuporösen Patienten oder unzugänglichen Individuen; zur Unterscheidung benigner psychasthenischer Hemmung von ähnlichen Zuständen im Verlaufe progredienter Krankheitsprozesse; zur objektiven Charakterisierung affektiver Zustände und als Kriterium für die affektive Erregbarkeit; zur prognostischen Beurteilung des Verlaufes einzelner Psychosen (Melancholie, Katatonie); für die Unterscheidung der hypomanischen von der paralytischen oder hebephrenen Erregung; als Untersuchungsmethode beim Verdachte auf Simulation.

Bloch (37—38) nennt die Prüfungsmethode von *Binet-Simon* ein wertvolles Glied in der Kette der Intelligenzprüfungen; sie gestattet schnell und sicher das jedesmalige Intelligenzalter eines Kindes von 3—12 Jahren festzustellen und gibt darüber Auskunft, worin normale Kinder die weniger intelligenten übertreffen: die Normalen sind den Anforderungen des täglichen Lebens besser gewachsen als die Schwachsinnigen. Sie läßt ferner erkennen, daß bei Schwachsinnigen die geistige Entwicklung um 2 bis 4 Jahre verzögert ist, andererseits bleibt sie auf einer viel früheren Stufe stehen als bei Normalen. Sie ermüdet nicht, regt vielmehr die Aufmerksamkeit an und verspricht ein vorzügliches Hilfsmittel zu werden bei der frühen Erkennung von manchen Geisteskrankheiten, bei der Aussonderung schwachbegabter Kinder für die Hilfsschule. Auch dem Arzt als Sachverständigen vor Gericht leistet sie gute Dienste.



Mikulski (295) gibt eine Methode zur Prüfung der Aufmerksamkeit an, die noch zweckmäßiger erscheint als die von *Toulouse*. Das Experiment beruht auch hier wie bei *Bourdon* auf dem Überstreichen eines gewissen Buchstaben. Der Autor hat damit festgestellt, daß die Durchschnittszahl der Fehler bei Kranken bedeutend höher ist als bei Gesunden, sehr hoch bei Paralyse, etwas kleiner bei manisch-depressivem Irresein und bei Dementia praecox. Die Methode leistet auch gute Dienste bei Feststellung von Simulation.

Im 4. Heft des 8. Bandes der Klinik für psychische und nervöse Krankheiten hat *Stoeckenius* (415) die motorische, speziell sprachliche Reaktion auf akustische Reize bei Normalen, Nervösen und Geisteskranken bearbeitet. Die überaus mühevollen, gründlichen Untersuchungen haben feststellen können, daß die Reaktionszeiten der Nervösen und Geisteskranken in den allermeisten Fällen länger und unregelmäßiger sind als bei Gesunden. Dasselbe Heft enthält *Sommers* (405) Vortrag über elektrochemische Therapie, gehalten in Wien in der psychiatrisch-neurologischen Sektion der Naturforscherversammlung. Die interessanten, anregenden Ausführungen geben neue originelle Gesichtspunkte für die Anwendung der Elektrotherapie.

Strasburger (416) hat die Beeinflussung der Gehirnzirkulation durch thermische Reize bei Personen mit Schädeldefekten studiert. Seine Ergebnisse stimmen im wesentlichen mit den im Tierversuch nach elektrischen, chemischen und mechanischen Reizen erzielten Resultaten überein, thermische wirken in der Hauptsache ebenso auf die Gehirngefäße wie andersartige Reize. Starke thermische Reize, Kälte wie Hitze bewirken eine rasche Erweiterung der Gehirngefäße, der alsdann meist rasche Verengerung folgt. Bei weniger intensiven Reizen kommt es gleich zur Verengerung der Gehirngefäße, der später wieder Erweiterung folgt.

Steiner (409) liefert in seinem im Straßburger naturwissenschaftlich-medizinischen Verein gehaltenen Vortrag einen vorzüglichen Überblick über die Physiologie und Pathologie der Linkshändigkeit und erläutert deren große praktische Bedeutung. Links- und Rechtshändigkeit sind darnach als auf endogener Disposition gegründete, funktionelle Asymetrien aufzufassen. Rechts- und Linkshändigkeit reihen sich ein in eine Gruppe von Organisationsmerkmalen und Leistungen, aus denen mit Sicherheit der Schluß auf eine übergeordnete Tätigkeit der einen Großhirnhälfte über die andere gezogen werden darf.

Olpe (321), ein evangelischer Theologe, schildert auf Grund reichen Materials und großer eigener Erfahrung die weite Verbreitung des Selbstmordes und macht dann Vorschläge zur wirksamen Bekämpfung der Selbstmordepidemien. Den originellen, anschaulichen Ausführungen ist ein Literaturnachweis über die Selbstmordfrage angefügt.

Norwood (319): Die Selbstmordkandidaten aus London und einigen umliegenden Grafschaften kommen in das für Männer bestimmte Brixton-Gefängnis (Selbstmord wird in England mit Gefängnis bis zu 2 Jahren bestraft). Verf., Gefängnisarzt, hat die von 1907—1910 eingelieferten 1000 Fälle einer eingehenden Untersuchung unterzogen. Selbstmordversuche und Selbstmord kommen besonders bei Arbeitslosigkeit und Trunkenheit vor, am häufigsten in den heißen Monaten.

In 27,10 % fanden sich Unmäßigkeit, in 10,2 % Geisteskrankheit, in 0,6 % Epilepsie bei den Eltern, Zahlen, die wahrscheinlich zu niedrig sind. Die gewöhnlichsten Ursachen sind: Alkoholismus, Geisteskrankheit, mißliche häusliche Verhältnisse, Psychopathie. In 39,3 % spielte der Alkohol die ausschließliche oder fast ausschließliche Ursache. Personen, die eines Vergehens gegen eine Person angeklagt sind, machen häufiger Selbstmordversuche als solche, die wegen eines Sachvergehens verfolgt werden. Schwachsinnige begehen oft aus nichtigen Anlässen Selbstmord. (*Ganter*.)

Jentsch (213): Das Bestreben, die psychische Verfassung derjenigen Persönlichkeiten genauer kennen zu lernen, die uns künstlerische Geschenke beschert oder in irgendeiner anderen Beziehung einen Einfluß auf uns ausgeübt haben, ist durchaus berechtigt. Es reizt dies nicht nur den Psychiater, sondern ergibt sich ganz selbstverständlich für einen jeden, der nachdenkend dem folgt, was er innerlich erlebt. Die Zeitgenossen werden oft schon durch die Persönlichkeit des betreffenden Menschen allein zu solch einer Fragestellung gezwungen. Solche Untersuchungen von seiten der Psychiater sind aber nicht immer mit Wohlwollen aufgenommen; man fühlte sich verletzt, wenn manches, was man bisher vielleicht nur der allgemeinen menschlichen Unvollkommenheit zuschob, jetzt direkt einem abnormen psychischen Verhalten zur Last gelegt wurde. Oft war solches Empfinden unberechtigt; manchmal aber auch berechtigt; namentlich dann, wenn historische Persönlichkeiten unter die psychiatrische Lupe genommen wurden oder solche Männer, die für einen Teil des Volkes ein „noli me tangere" bilden. In solch einem Falle wird man beiden Teilen recht geben müssen, dem forschenden Psychiater sowohl, wie dem Volke, das eine irrenärztliche Begutachtung der von ihm verehrten Personen nicht wünscht. In derartigen Fällen muß der Psychiater dem Reize widerstehen können, seine Untersuchungen der allgemeinen Öffentlichkeit zu übergeben. Denn wir müssen doch zugeben, daß der subjektiven Auffassung so manchen Symptomes doch noch oft ein weiter Spielraum gelassen ist. Das Buch von *Jentsch* wird sicher überall anerkannt werden. Es bringt eine vorzügliche Darstellung der Persönlichkeit des Verfassers „vom Erbförster". Wir sehen Otto Ludwig mit mancherlei psychischen Gebrechen behaftet, können aber zum Glück nicht von einer geistigen Abnormität bei ihm sprechen. Otto Ludwig ist ein recht sensibler, zu Selbstbeobachtung und Hypochondrie neigender Mensch, mit vielen endogenen Zügen; von weichem Gemüte, unpraktisch, zaghaft, weltfremd, der den Anschluß an Seinesgleichen lange Zeit nicht hat finden können und am liebsten in seinem vom Vater ererbten Garten sich einspann; aber mit scharfer Beobachtungsgabe ausgerüstet und die schärfste Kritik stets an sich selbst anlegend. Viele körperliche Leiden beeinflußten seine Stimmung, lähmten aber seine Schaffenskraft wenig. Auch die Analyse seines Charakters schwächt den sympathischen Eindruck nicht ab, den die Persönlichkeit Otto Ludwigs macht. (*Grimme*-Hildesheim.)

Heß (190) gibt eine Pathographie des Malers Gabriel Schilling in Gerhart Hauptmanns Drama; er hält ihn für einen Paralytiker.



II. Ätiologie.

Kalmus (228) weist in seinem im Verein Deutscher Ärzte in Prag gehaltenen Vortrag auf die Ursachen der Geisteskrankheiten hin und zeigt, welche große Rolle Alkoholismus, Syphilis und ererbte Disposition in dieser Beziehung spielen. Er fordert mehr Interesse für diesen Gegenstand, betont die Notwendigkeit wirksamer Prophylaxe und gibt hierfür Mittel und Wege.

Stern (411) führt aus, mit der Höhe des Kulturkreises nehmen die funktionellen Psychosen und die Paralyse zu, die Dementia praecox, die Epilepsie und die Imbezillität dagegen ab. Was auf die Gesamtheit der funktionellen Psychosen zutrifft, gilt innerhalb dieser Krankheitsgruppe ganz besonders für die Manie, das periodische und das zirkuläre Irresein wie die Paranoia. Die Prozentzahlen des Alkoholismus sind in niederen Kulturkreisen etwas höher. Auf die Unterschiede einzelner Völker in den Häufigkeitsquoten der Manie auf der einen, der Melancholie und des Suizids auf der anderen Seite ist das Klima von Bedeutung: die Manie bevorzugt die wärmeren und heißen Zonen, während Melancholie und Selbstmord — zwischen beiden findet sich eine Wechselbeziehung — in Ländern mit kälterem Klima überwiegen. Die Juden differieren in ihren geistigen und anderen Krankheiten wie in ihrem sozialen Verhalten nur quantitativ von den übrigen Kulturvölkern und verhalten sich wie die höheren Bevölkerungskreise dieser.

Fuchs (148) gibt in seinem auf Veranlassung der Ortskrankenkasse in Konstanz gehaltenen Vortrag einen kurzen geschichtlichen Überblick über die Entwicklung der Irrenpflege, beschäftigt sich dann eingehender mit den Ursachen der Geisteskrankheiten und ihrer Prophylaxe, schließt hieran eine Übersicht über die badische Irrenpflege und beschreibt dann kurz die neue Staatsanstalt am Bodensee und ihre Organisation.

Moreira (300) erwähnt einleitend die Schilderungen der Dichter von der Psyche der Tuberkulösen. Durch Rundfragen bei Heilstättenärzten, auf Grund seiner persönlichen Nachforschungen in Heilstätten der Schweiz, Tirols, Ober- und Unterägyptens, Brasiliens, ferner auf Grund der an Tuberkulösen angestellten Versuche kommt Verf. zum Schluß, daß es keinen für die Tuberkulösen charakteristischen Seelenzustand, keine besondere Psychosis tuberculosa gibt. Die bei Tuberkulösen sich findenden psychischen Veränderungen: Euphorie, Erotik, Depression usw. sind durch andere Umstände bedingt und haben nichts der Tuberkulose Eigentümliches an sich. (*Ganter*.)

Raecke (349) behandelt in seinem auf Veranlassung des Institutes für Gewerbehygiene in Frankfurt a. M. gehaltenen Vortrag in kritischer Weise den Zusammenhang zwischen Trauma und Psychose und Neurose. Auch für die Paralyse läßt der Autor unbeschadet ihrer syphilitischen Natur Trauma als ätiologisches Moment gelten und zeigt an einem selbst beobachteten Fall, daß am Ort des Traumas der Ausgangspunkt der Paralyse gewesen.

Mayer (289) kritisiert als Gynäkologe *Bossis* „Triumph der gynäkologischen Prophylaxe des Irresinns“; er tritt *Bossi* energisch entgegen.

Herman et *Hollander* (188) berichten, daß bei den 1911 und 1912 in die Irrenanstalt Mons aufgenommenen Geisteskranken die W.-Reaktion in 36 von 136



Fällen = in 26,47 % positiv ausfiel. In 62 Fällen von progr. Paralyse war sie 56 mal = 90,32 % positiv. In bezug auf die Ätiologie und die Diagnostizierung der Psychosen im allgemeinen und der progr. Paralyse im besondern hat die negative W.-Reaktion keine Bedeutung. Was die progr. Paralyse betrifft, so dient die positive W.-Reaktion in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle nicht nur zur Bestätigung der klinischen Diagnose, sondern sie gibt auch den Ausschlag in den verkannten und verdächtigen Fällen. Nur die klinische Beobachtung ist imstande, die Differentialdiagnose zwischen der progr. Paralyse, der tertiären Hirnsyphilis und der syphilitischen Demenz zu stellen. Die vier Reaktionen (W.-Reaktion des Blutes, W.-Reaktion des Liquors, Lymphozytose, Nonne I) sollen in den Fällen angestellt werden, wo es gilt, die durch die W.-Reaktion nachgewiesene syphilitische Diathese von einer möglicherweise von dieser Diathese abhängigen Psychose abzutrennen. Das Ausbleiben der Reaktionen des Liquor bei positiver W.-Reaktion des Blutes erlaubt nicht, unbedingt die Syphilis als Ursache der Sklerose der Hirnarterien auszuschließen. Die vier Reaktionen nebst der klinischen Beobachtung und der Histopathologie der Hirnrinde sind berufen, Licht zu verbreiten über einige mangelhaft umschriebene psychopathologische Zustände, wie über die anormal verlaufende progr. Paralyse, die Hirnsyphilis und vor allem die Demenzzustände des höheren Alters. (*Ganter.*)

Cygielstreich (87) will nachweisen, daß Gemütsbewegungen zu Stoffwechselstörungen und damit zur Bildung von Giftstoffen im Körper führen, die dann die letzte Ursache bestimmter geistiger Störungen abgeben. (*Ganter.*)

*Bönniger*s (41) Hundeversuche zeigen den großen Einfluß der Psyche auf die Magenfunktion. Bei starker Ängstigung persistiert sowohl Sekretion wie Motilität mehr oder weniger völlig. Alle stärkeren psychischen Emotionen, soweit sie nicht die Freßlust des Tieres erregen, hemmen die Magenfunktionen. Eine Abhängigkeit der Sekretion oder Motilität von der Art der Ernährung konnte bei jungen Hunden nicht festgestellt werden.

*Togami*s (432) Beobachtungen ergeben, daß Sekretions- und Empfindungsstörungen des Magens in den meisten Fällen die wichtigste ätiologische Rolle für Magenbeschwerden bei Geistesgesunden wie bei psychisch Kranken spielen. Die merkwürdige Erscheinung, daß Geisteskranke trotz gewaltiger Funktionsstörungen nicht über Magenbeschwerden klagen, „kann der Störung der Gefühlstöne oder der Empfindung der Magenschleimhaut zugeschrieben werden“. Bei Melancholie und Katatonie ist die Salzsäuresekretion stark vermehrt, die Pepsinausscheidung gehemmt. Bei Stupor ließ sich totale Aufhebung der Pepsinabsonderung nachweisen ohne Verminderung der Azidität. Zornaffekt hat starke Vermehrung der Pepsin- und Salzsekretion zur Folge.

III. Pathologie.

Worcester State hospital papers (467): Zu Ehren des nach 20 Jahren Dienstzeit zurücktretenden verdienten Direktors Dr. *Quinby* verfaßten seine Schüler eine Festschrift. *Cotton* schreibt über die Vererbung der Geisteskrankheiten. *Bassoe* schildert den Fall eines 16 jährigen Italieners mit nur die linke Seite betreffender



Hypertrophie aller Teile (einseitigem Gigantismus, Hemimakrosomie). *Coriat* schreibt über Apraxie. *Hoch* veröffentlicht eine interessante statistische Arbeit über das manisch-depressive Irresein. *Orton* handelt von der Technik der Hirnschnitte. *A. Meyer* beschreibt einen Fall von Adenom der Thyreoidea mit teilweise krebsig entarteten Metastasen. *Miller* versucht zu beweisen, daß Pellagra nicht die Folge des Maisgenusses ist. *Barrett* beschreibt ein diffuses Gliom der Pia mater, *A. Meyer* einen Hypophysentumor, in dem er als Merkwürdigkeit eine Neubildung von Nervenzellen mit Nisslkörpern fand. *Orton* bringt den mikroskopischen Befund bei einem an Hirntod gestorbenen Fall von Katatonie. *Southard* schildert seine Hirnuntersuchungen bei verschiedenen Geisteskrankheiten. *W. Nitney* beschreibt ein Endotheliom der Stirngegend. *Nobl* schreibt über die Heilbarkeit der Geisteskrankheiten, *Scribner* über Epilepsie. (*Ganter.*)

Rohleder (360) schildert in vorbildlicher, streng wissenschaftlicher Weise vom rein sexologischen Standpunkt aus die Funktionsstörungen der Zeugung beim Manne und gibt einen vorzüglichen Überblick über dies wichtige Thema; er erörtert in kritischer Weise alle einschlägigen Fragen und bespricht eingehend auch die Therapie dieser Zustände. Besondere Beachtung verdienen die ätiologischen Vorbemerkungen zu den Funktionsstörungen. Das vorliegende Buch berücksichtigt nicht nur die Bedürfnisse der ärztlichen Beratungstätigkeit, sondern auch die gerichtliche Sachverständigentätigkeit.

Traugott (437) bespricht in einer leicht zu lesenden Schrift, die in dritter vermehrter Auflage erscheint, die nervösen Schlafstörungen. Nach einer kurzen Einleitung, in der er die Theorien des Schlafes erörtert, schildert er die verschiedenen Arten der Schlaflosigkeit, ihre objektiven Zeichen, ihre Ursachen und geht dann über zur Besprechung der Verhütung und der Behandlung der nervösen Schlaflosigkeit. Es ist speziell die Behandlung ausführlicher gegeben. Die neueren Schlafmittel sind sämtlich erwähnt. Das Schriftchen soll wesentlich praktischen Zwecken dienen; seine Leser werden sich nicht allein aus Ärztekreisen zusammensetzen. Hinweise auf Literatur und Quellenangaben unterstützen den wissenschaftlichen Charakter des Buches. (*Grimme*-Hildesheim.)

Stier (414) gibt eine eingehende Darstellung über den Wandertrieb und das pathologische Fortlaufen bei Kindern und zeigt, daß Wandertrieb, Fortlaufen, Schulschwänzen häufige Erscheinungen bei Kindern sind und bei Knaben häufiger beobachtet werden als bei Mädchen. Sehr oft sind pathologische Momente die einzige oder wesentliche Teilursache des Fortlaufens. Das Hauptkontingent stellen die Psychopathen und Schwachsinnigen. Sehr viel geringer ist die Zahl der Epileptiker unter den gewohnheitsmäßig fortlaufenden Kindern, selten ausgesprochene Hysterie, am seltensten echte Psychosen. Zahlreiche selbst beobachtete Fälle illustrieren die klaren Ausführungen. Die Therapie wird eingehend gewürdigt.

Pilcz (340) zeigt, daß sich Häufigkeit und Symptomatologie der Nerven- und Geisteskrankheiten bei katholischen Priestern und Nonnen im allgemeinen nicht wesentlich von den Verhältnissen bei anderen Berufsklassen unterscheiden. Relativ häufig sind Fälle von Schizophrenie und arteriosklerotisch bedingter Ätiologie. Progressive Paralyse ist außerordentlich selten; eine paralytische Nonne

ist noch nicht beobachtet. Gegenüber der *Freud*schen Schule betont *Pilcz*, daß Hysterien, Angstneurosen usw. nur selten vorkommen, auf keinen Fall häufiger als bei anderen Berufen.

Moreira (301) kommt auf Grund einer 20 jährigen Erfahrung zum Schlusse: Es gibt weder in der heißen, noch in der gemäßigten oder der kalten Zone Brasiliens irgendwelche Formen von Geisteskrankheiten, die sich von den bisher bekannten unterscheiden. Nur im Innern des Landes wurde von dem brasilianischen Arzte *Chagas* eine neue Trypanosomenkrankheit entdeckt, die besonders das Nervensystem in Mitleidenschaft zieht (Paralysen, Kontrakturen inf. der Lokalisation im Gehirn). Meteorologische Einflüsse auf die Geisteskrankheiten konnten nicht nachgewiesen werden. Etwas dem Cafard (Amoklaufen) Ähnliches gibt es in Brasilien nicht. Tabes, progressive Paralyse und andere syphilitische Erkrankungen des Nervensystems werden in den großen Städten immer häufiger. Die verschiedenen Rassen zeigen in ihren geistigen und nervösen Erkrankungen keine besonderen Eigentümlichkeiten. (*Ganter.*)

Luther (273) hat an größerem Material auf dem Boden der Idiotie und Imbezillität entstandene Psychosen untersucht und kommt dabei zu dem Schluß: Solche Psychosen zeigen entsprechend dem niedrigen intellektuellen und ethischen Niveau und dem geringen Vorstellungsschatz eine ärmliche Ausgestaltung; Größenideen kommen nur in Andeutungen vor; ein Versündigungswahn kann sich nicht bilden, es kommt höchstens zu einigen schwächlichen Verfehlungsvorstellungen und Ansätzen von Besessenheitswahn; die viel verbreiteten Beeinträchtigungsvorstellungen bleiben ohne nähere Verknüpfung und Systematisierung. Echte Sinnestäuschungen kommen vorwiegend den chronischen Formen zu, es kommen Halluzinationen auf allen Sinnesgebieten vor. Die depressive Stimmung äußert sich häufiger in der Form von Hemmung als in ängstlicher Erregung. Eine nur Idioten zukommende Reaktionsweise ist ein anhaltender Heulzustand nach Art scheuer und unartiger kleiner Kinder. Es kommen Bewegungsstörungen vor, die äußerlich einen katatonischen Charakter tragen, sie finden sich vornehmlich bei Zuständen psychogener Genese. Die periodischen Formen, epileptoide, manisch-depressive, hypochondrische Zustandsbilder und ihre Übergänge, die zuweilen auch eine katatonische Färbung annehmen können, entsprechen im wesentlichen dem gewöhnlichen degenerativen und manisch-depressiven Irresein. Die episodischen Formen zeigen größtenteils ebenfalls eine Verwandtschaft zu den degenerativen Zuständen und entspringen in der Mehrzahl einer psychogenen Reaktionsweise. Zu den chronischen bzw. in Verblödung ausgehenden Psychosen gehören einmal gewisse epileptoide Erregungen mit zunehmendem Blödsinn, die sich jedoch von der Epilepsie abgrenzen lassen, weiter die Pfropfschizophrenie und schließlich verschiedenartige Fälle von Stupor, chronischer Halluzinose u. dgl., die teils sicher, teils mit großer Wahrscheinlichkeit von den schizophrenen Zuständen abzugrenzen sind und für die wir in unserem gewöhnlichen System keine Vorbilder haben, so daß es sich hier offenbar um Zustände handelt, die für den angeborenen Schwachsinn spezifisch sind. Die Diagnose auf Pfropfschizophrenie kann im Beginn der Erkrankung vielfach nicht mit Sicherheit gestellt werden; daß der Verlauf der Pfropfschizophrenie besonders schwer

und ungünstig ist und zu besonders tiefer Verblödung führt, hat Verf. nicht feststellen können.

Haymann (180) führt aus, daß die Cessatio mensium eine bei Psychosen sehr häufige Erscheinung ist. Sie kann in allen Stadien der Psychosen auftreten; eine ursächliche Bedeutung für den Ausbruch der Psychose besitzt sie nicht. Sie scheint gar nicht vorzukommen bei der chronischen Paranoia und findet sich nur selten bei Imbezillität, hysterischen Psychosen, Psychopathien und degenerativem Irresein. Unter den Intoxikationspsychosen zeigen die endogenen sie häufiger als die exogenen. Bei den epileptischen Psychosen findet sie sich in annähernd der Hälfte aller Fälle. Das manisch-depressive Irresein zeigt Cessatio mensium in einem Drittel der Fälle, und zwar die Manie nicht seltener als die Melancholie. Am ausgeprägtesten ist die Erscheinung bei der Dementia praecox und innerhalb dieser Gruppe ganz besonders bei der Katatonie. Ungefähr ebenso häufig findet sie sich bei den grob organisch bedingten Psychosen (einschließlich der Paralyse). In prognostischer Hinsicht verdient die Cessatio nahezu die gleiche Wertung wie Ab- und Zunahme des Gewichts. Als diagnostisches Hilfsmittel hat sie weniger Bedeutung. Bis zu einem gewissen Grad kann man in der Häufigkeit der Cessatio bei einer Psychose einen Maßstab für die Schwere der Erkrankung sehen.

Kirchberg (236) beschreibt 5 Fälle rasch vorübergehender psychischer Störungen während der Geburt. Es handelt sich um Verwirrtheitszustände mit großer motorischer Unruhe, Halluzinationen und völliger Amnesie für den Geburtsvorgang. Die forensische Bedeutung solcher Fälle wird entsprechend betont.

Passow (330) berichtet über eine Schwangerschaftspsychose, die alle Indikationen für eine künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft bot und dadurch geheilt wurde.

Jahnel (210) teilt zwei Fälle von eklamptischer Psychose mit und knüpft daran kritische Bemerkungen. Auch diese Fälle zeigen die Ähnlichkeit eklamptischer Delirien mit alkoholischen. Forensisch wichtig ist das auch hier beobachtete Vorkommen retrograder Amnesie.

Näcke (312) betont, daß nur der Vergleich mit in gesunden Tagen ausgeführten Zeichnungen usw. im allgemeinen einen einigermaßen sicheren Schluß auf Irrsinn zuläßt. Nur auf der Höhe der Krankheit und bei einer gewissen Stärke derselben lassen sich mit ziemlicher Sicherheit die verschiedenen Hauptformen der Psychosen nachweisen, und zwar durch ähnliche Charaktere wie die bei den entsprechenden mündlichen und schriftlichen Äußerungen der Kranken.

Alter (5) teilt einen interessanten Fall von Selbstbeschuldigung mit und würdigt ihn kritisch. Völlig aufgeklärt wird der Fall dabei nicht. Bei der ganzen Sachlage ist das auch nicht möglich.

Ilberg (204) berichtet über einen pathologischen Lügner und Schwindler. Es handelt sich um einen erblich belasteten, mangelhaft erzogenen, in der Schule vielfach versagenden, mit Entartungszeichen und hysterischen Symptomen behafteten Knaben.

Hübner (199) schildert die wichtigsten Symptome, die bei Degenerierten vorkommen, hebt besonders die gesteigerte Affekterregbarkeit, die krankhafte



Abhängigkeit von Stimmungen, das frühzeitige Versagen bei verhältnismäßig geringfügigen Anforderungen, den Mangel an Stetigkeit bei der Arbeit, die Überschätzung der eigenen Persönlichketi, die Ungleichmäßigkeit in der intellektuellen Ausbildung, die Unstetigkeit der Lebensführung, die auffallende Beeinflußbarkeit des Gefühlslebens, Neigung zum Querulieren und knüpft daran bemerkenswerte therapeutische Hinweise.

Vidoni (447) bringt einen Fall von Infantilismus, um die Schwierigkeit der Abgrenzung der verschiedenen Formen zu zeigen. 16 jähriges Mädchen mit dem Aussehen eines 8 jährigen, erblich belastet. Hat einige Zeit epileptische Anfälle gehabt. Genitalien kindlich, keine Behaarung, vorspringende Stirnhöcker, platte Nase, rachitische Erscheinungen an den Beinen. (Radiographisch): Erweiterung der Sella turcica. Für eine Vergrößerung der Hypophyse dagegen lassen sich keine Annahmen gewinnen. Schwachsinn. Verf. rechnet den Fall zum Infantilismus vom Typus *Lorain*, dessen Kennzeichen das Stehenbleiben des Organismus auf einer kindlichen Stufe bildet. In der Ätiologie spielen in dem Falle des Verf. erbliche Belastung, Rachitis und Hydrozephalus eine Rolle. (*Ganter.*)

Meyer (294) schildert religiöse Wahnideen ihrer Form und ihrem Inhalt nach und zeigt, bei welchen Arten psychischer Störung sie vor allem auftreten; er illustriert seine interessanten Ausführungen durch zahlreiche selbstbeobachtete Fälle und erörtert schließlich auch die Fragen: welche Eigenschaften lassen religiöse Ideen als Wahnideen erkennen, welche Momente begünstigen die Entstehung von Wahnideen religiösen Gepräges, bieten religiöse Wahnideen nach Gestalt und Inhalt besondere Eigenart?

Sittig (401) teilt vier Fälle von Dysmegalopsie mit und kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu folgenden Ergebnissen: „Die hysterische Dysmegalopsie kann einseitig auftreten und ist mit Störungen der Größenschätzung durch den Tastsinn kombiniert. Diese Kombination auf verschiedenen Sinnesgebieten weist darauf hin, daß ihnen eine gemeinsame, in der Pathologie der Hysterie gelegene Ursache zugrunde liegt. Es hat sich ergeben, daß bei der hysterischen Dysmegalopsie sich nicht solche Gesetzmäßigkeiten auffinden lassen wie bei der kortikalen; Makropsie kann mit Makrographie vergesellschaftet vorkommen. Die einseitigen Störungen der Größenschätzung mit dem Gesichtssinn können durch eine Art Unterdrückung oder Kombination des veränderten und des normalen Bildes zu verschiedenen Formen führen. Bei transkortikaler Dysmegalopsie scheint das Schreiben mit geschlossenen Augen nicht in normaler, sondern in entsprechend veränderter Größe zu geschehen, was ein differentialdiagnostisches Kriterium zwischen kortikaler und transkortikaler Dysmegalopsie wäre.

Runge (368) hat bei rund 200 Geistes-, Nervenkranken und Gesunden Pupillenuntersuchungen vorgenommen, und zwar sowohl im Dunkelzimmer bei einer Beleuchtung von 9 Meterkerzen wie auch bei Tageslicht, und hierbei festgestellt: Bei Gesunden fehlen Pupillenunruhe und Erweiterungsreaktionen in jugendlichem Alter bis etwa zum 45. Lebensjahr nie. Bei den Kranken der Katatoniegruppe schwinden Pupillenunruhe und Reflexe in erheblichem Prozentsatz oder sind doch pathologisch herabgesetzt, und zwar um so häufiger, je länger die Krankheit besteht.

Die sensiblen Reflexe bleiben länger erhalten als die Pupillenunruhe und die psychischen Reflexe. Bei mehrjähriger Dauer der Krankheit und völliger Verblödung scheinen Unruhe und Erweiterungsreflexe immer zu fehlen. Das *Bumke*sche Symptom ist kein Frühsymptom der Katatonie, kann aber in gewissen Fällen sehr frühzeitig auftreten und ist dann ein prognostisch ungünstiges Symptom. Es kann aber auch bei ausgesprochen katatonen Erscheinungen fehlen. Weiter findet es sich zuweilen bei Imbezillen, häufiger bei Idioten, bei epileptischer Demenz, alkoholischer Demenz, sehr häufig bei progressiver Paralyse und Tabes.

Frey (144) beschreibt als „zurückspringende Pupille" die Pupille, die auf Belichtung sich zusammenzieht, sofort aber wieder in die frühere Stellung zurückschnellt, in der sie verharrt, solange der Lichtreiz sich nicht ändert. Diese Erscheinung, die nichts mit dem Hippus, der paradoxen Pupillenreaktion und der spastischen Mydriasis zu tun hat, hat Verf. häufig bei syphilitischen und neurasthenischen Kranken gefunden. Sie beruht auf einem mangelnden Tonus des Musculus constrictor. (*Ganter.*)

Hauptmann (176) hat Untersuchungen darüber angestellt, ob die Hirndrucksymptome eine Folge der Zirkulationsstörungen in der Schädelhöhle sind, oder ob sie durch eine Kompression der Gehirnsubstanz bedingt sind. Er kommt dabei zu dem Schluß: „Die Hirndrucksymptome sind hervorgerufen durch direkte Substanzkompression des Gehirns, sie sind von den Zirkulationsstörungen nur insofern abhängig, als durch das Leergepreßtwerden der Gefäße der Hirndruck erst imstande ist, die einzelnen nervösen Elementarorganismen (Zellen, Fasern usw.) gegeneinander zu verschieben, und auf diese Weise die Substanzkompression zu bewirken."

Richter (356): Nach den Ergebnissen der neuesten Untersuchungen wird die Erkrankung an Beriberi hervorgerufen durch ein im geschälten Reis vorhandenes Toxin, dessen Giftwirkung hervortreten kann, weil das Antitoxin, das in der Reiskleie vorhanden ist, mit dem Schälen fortgefallen ist.

Richter beobachtete fünf Tauben, die mit geschältem Reis gefüttert waren, und untersuchte sie nach dem Tode. Klinisch ist hervorzuheben, daß die Vergiftungserscheinungen ziemlich früh, schon in der dritten Woche, auftraten. Die Erscheinungen beim Menschen sollen nicht mit denen bei der Taube übereinstimmen. Die ganze Art und Weise der Vergiftung soll das mit sich bringen. Bei der Taube steht eine eigentümliche schwere zerebellare Gehstörung im Vordergrunde der Erscheinung. Aus dem anatomischen Befunde ist hervorzuheben, daß der Eintritt des Todes keineswegs von den nachweisbaren Veränderungen abzuhängen braucht. Gefunden wurde nebst hochgradiger Hyperämie und Extravasaten im Zentralnervensystem hauptsächlich ein fortschreitender Degenerationsprozeß der Nervenzellen. Weiter ständig eine hochgradige Veränderung einer im B. bigeminum (Lobus opticus) gelegenen Zellgruppe, die er in den Einflußbereich des Kleinhirns rechnet, und deren Veränderungen er mit den Vergiftungssymptomen in Zusammenhang bringen zu können glaubt. Im allgemeinen soll aber der histologische Befund den morphologischen Veränderungen gleichen, die nach Intoxikationen verschiedener Herkunft im Zentralnervensystem vorgefunden werden. (*Grimme.*)



Wiersmas (463) Untersuchungen pathologischer Fälle stimmen in ihren Ergebnissen mit denjenigen normaler Personen überein, sie entsprechen dem im voraus bekannten Bewußtseinszustand der Melancholiker, der stumpfen Imbezillen usw. Auch hat sich bei diesen Untersuchungen gezeigt, daß die Praecox-Kranken im allgemeinen viel mehr geistig tätig sind, als ihre Äußerungen vermuten lassen; das gilt besonders für die stupurösen Katatoniker.

Flatau (139) behandelt die Frage: Gibt es, abgesehen von der Ätiologie, noch andere Unterschiede zwischen den hysterischen Dämmerzuständen der Kriminellen und Nichtkriminellen? Er hat eine Verschiedenheit im Symptomenbild nicht feststellen können, aber gefunden, daß bei Nichtkriminellen das *Ganser*sche Syndrom im allgemeinen rascher verläuft und die Bewußtseinsstörung weniger intensiv ist als bei Kriminellen. Für länger dauernde Dämmerzustände mit ruhigem Verlauf wird auch die Beschäftigungstherapie empfohlen.

Kirchberg (235) hat bei seinen Untersuchungen ebenfalls die bekannte Gewichtsabnahme bei Paralyse und seniler Demenz sowie eine regelmäßige Erhöhung des Hirngewichts bei Epilepsie und Katatonie festgestellt.

Imhof (205) beschreibt 15 Fälle von Osteomalazie und Geisteskrankheit — 13 Frauen, 2 Männer — und knüpft daran kritische Bemerkungen. Er betont, daß die Psychosen, bei denen Osteomalazie zur Beobachtung kommt, in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle der Gruppe der Dementia praecox angehören, daß vom osteomalazischen Krankheitsprozeß Frauen in weit größerem Maße betroffen werden als Männer, daß der kausale Zusammenhang der Osteomalazie mit der Dementia praecox höchstwahrscheinlich auf Stoffwechselstörungen, auf Störungen der inneren Sekretion beruht.

v. d. Scheer (381) zeigt, daß die Organe mit innerer Sekretion in der Pathogenese der Osteomalazie eine große Rolle spielen. Da nun chronisch Geisteskranke besonders zur Osteomalazie prädisponiert sind, so glaubt er, daß auch den Drüsen mit innerer Sekretion eine bestimmte Rolle in der Pathogenese bestimmter Formen von Geisteskrankheit zukommt. Die ausführliche, gründliche Arbeit bildet einen sehr beachtenswerten Beitrag zur Erklärung der in ihrer Ätiologie und Pathogenese noch so dunklen Psychosen.

IV. Therapie.

Pierre Bonnier (47): Auch in der Medizin tauchen mitunter wunderliche Lehren auf. Zum Abenteuerlichsten gehört jedenfalls die „Zentrotherapie". *Fließ* hat 1897 die etwas anrüchige Lehre von der Beeinflussung der Menstruationsvorgänge durch Kokainisierung der Nasenschleimhaut aufgebracht. Davon geht Verf. aus. In der Med. obl. werden alle Lebensvorgänge ausgelöst. Hier sind z. B. die Zentren für die Gefäßspannung, für die Geschlechtsvorgänge, Darmbewegungen usw. Der Trigeminus vermittelt ihre Verbindung mit bestimmten Punkten der Nasenschleimhaut. Durch milde Kauterisation dieser Punkte kann man durch jene Zentren die verschiedensten Vorgänge im Körper beeinflussen. Alphabetisch führt uns Verf. alle die Krankheiten vor, die er auf diese Weise geheilt hat. Es sind fast so ziemlich alle drin, die das Lexikon kennt. Dabei versichert uns Verf.,



daß Suggestion absolut nicht in Frage komme, da er die schönsten Resultate bei Verdauungsstörungen (Enteritis) der Säuglinge erzielt habe. Als Objekt der psychiatrischen Untersuchung ist das Buch sehr interessant. (*Ganter.*)

Stelzner (410) fordert schulärztliche Versorgung auch der höheren Schulen und betont, daß es für den Schularzt auch dort eine Reihe von Funktionen gibt, die weder das Elternhaus noch der Hausarzt erfüllen können. Leicht Schwachsinnige, schulunreife Kinder und psychoneuropathische Individuen leiden ganz besonders unter dem Schulmilieu und den Schulforderungen und bedürfen schulärztlicher Aufsicht und entsprechender Behandlung.

Bayerthal (24) zeigt, wie die Schule mit Hilfe des Schularztes „disponierte" Kinder durch geeignete unterrichtliche und erzieherische Maßregeln von Beginn des Schulbesuches an vor sozial ungünstigen Nerven- und Geisteskrankheiten zu bewahren vermag.

Sommer (404) weist wieder auf die große sozial-hygienische Bedeutung der schon 1902 geforderten öffentlichen Schlaf- und Ruhehallen hin und schildert ihre Form und Einrichtung. Ihre sozial-prophylaktische Aufgabe besteht darin, in der Hast und Unruhe des modernen Lebens Ruhegelegenheiten zu schaffen, die eine Gelegenheit zu kurzdauerndem Ausruhen und zur Erholung der Nervenkraft bieten.

Anton und *Bramann* (10) haben in einem umfangreichen, mit vielen Photographien versehenen Werke ihre Erfahrungen über die Behandlung der angeborenen und erworbenen Gehirnkrankheiten mit Hilfe des Balkenstiches niedergelegt. Es ist ein sehr übersichtliches Werk, dessen Bedeutung nicht zum mindesten in der ausführlichen Wiedergabe der Krankengeschichten besteht. Gerade diese breite Schilderung der einzelnen Krankheitsfälle zum Teil mit der ausführlichen Wiedergabe des pathologisch-anatomischen Befundes trägt viel dazu bei, die Bedeutung der Operation zu erkennen. Sie ist geschildert 1. an 17 Fällen von einfacher und komplizierter Hydrozephalie, wobei die Verfasser zu dem Urteil kommen, daß die Operation bei kindlichen Hydrozephalien vor dem Einsetzen einer Druckatrophie angezeigt ist. 2. Weiterhin bei 5 Fällen von Hypophysentumoren und Tumoren der Vierhügelgegend. Bei der Erkrankung der Hypophysis leistete die Druckentlastung noch in solchen Fällen Beträchtliches, in denen eine endgültige Heilung schon nicht mehr in Betracht kommen konnte. 3. In 4 Fällen mit der Diagnose Tumor im 4. Ventrikel. Bei zwei dieser Fälle wurde auch der 4. Ventrikel operativ eröffnet. 4. Bei 3 Fällen von zentralen (ventrikulären) Tumoren, durch die festgestellt wurde, daß die Diagnose der Plexuserkrankungen in den Seitenventrikeln durch die Gehirnsondierung leicht gestellt werden kann. 5. Bei 6 Fällen von Cysticercosis cerebri. 6. Bei 4 Fällen von Epilepsie. Es waren dies Fälle mit Stauungserscheinungen oder mit Befunden an den Nerven. Selbstverständlich ist die Indikationsstellung bei der Epilepsie noch keine festgelegte. Die Erfolge der Autoren waren gute. 7. Bei einem Falle von Meningitis serosa und einem Falle von Meningitis syphilitica. Bei der Meningitis serosa konnte direkt von kompletter Heilung und Verhinderung der Erblindung gesprochen werden. 8. Bei einem Falle von Stauungserscheinungen bei Turmschädel. 9. Bei 9 Fällen von äußeren und basalen Tumoren, die schwere Formen und große Tumoren mit ungünstigem Sitze betrafen.



Der Balkenstich konnte Besserung der schweren Symptome herbeiführen und durch Beseitigung der Stauungserscheinungen zum Teil erst die Diagnose ermöglichen.

Durch diese in einem umfassenden Werke in Zusammenhang niedergelegte Übersicht über ihre diagnostische und therapeutische Tätigkeit in diesen bisher so wenig aussichtsreichen Fällen haben die Verfasser sich ein großes Verdienst erworben. Der Eindruck, den die bisherigen Veröffentlichungen gegeben haben. daß hier ein gewaltiges und dankbares therapeutisches Gebiet von ihnen erschlossen ist, wird durch dies Werk weiterhin bestärkt. (*Grimme*-Hildesheim.)

Sopp (406) gibt eine gemeinverständliche Darstellung der Suggestion und Hypnose. Die Darstellung ist kurz gehalten, bringt aber das Wesentliche, vielfach unter Anführung von Beispielen aus dem alltäglichen Leben, und wirkt so recht anschaulich. *Sopp* redet der Anwendung der Hypnose in der Therapie das Wort, macht aber auch auf ihre Gefahren aufmerksam bei ihrer Anwendung durch unberufene Hände. (*Grimme.*)

Strasser (419): Es werden die Grundsätze besprochen, nach denen man im Greisenalter hydrotherapeutische Verordnungen treffen kann. *Strasser* geht davon aus, daß die greisenhaften Veränderungen sich unschwer aus der „kardiorenalen Insuffizienz“ erklären lassen. Er spricht deshalb vom „kardiorenalen Greis“ als dem Typus des physiologischen Greisentums. Die Veränderung der Gefäße bedingt eine veränderte Reaktion der Gefäße auf thermische Reize; doch ist diese nicht allgemein und kann durch geeignete Therapie gebessert werden. Dagegen ist die Wärmeökonomie der Greise schwerer gestört und die Anpassungsfähigkeit ungenügend. Nur kurz dauernde Abkühlungen werden vertragen, aber auch nicht mehr, wenn sie sich häufen. Dasselbe gilt von Überhitzungen, doch kann man feststellen, daß einzelne Überhitzungen aller Art oft noch gut vertragen werden. Denn es ist der regulatorische Ausgleich einer Überhitzung mit viel weniger Aufwand verbunden als der einer Abkühlung; sie geschieht durch die Haut allein. Gehäufte Überhitzungen ermüden aber sehr rasch und nachhaltig; ebenso forciertes Schwitzen. Sollen aus irgendeinem Grunde Schwitzprozeduren durchgeführt werden, so müssen solche Prozeduren gewählt werden, die den regulatorischen Schweiß erleichtern, also Heißluft- und Lichtbäder, nicht aber heiße Wasserbäder von langer Dauer. (*Grimme.*)

Franks (141) Buch ist auf den Ergebnissen der psychoanalytischen Forschung aufgebaut. Er gibt unter Anführung zahlreicher und außerordentlich ausführlicher Krankengeschichten seine Erfahrungen über die Ätiologie und die Behandlung psychoneurotischer Störungen wieder. Er nennt sie Affektstörungen entsprechend dem Ergebnis der Analysenlehre und seinen eigenen Forschungen, nach denen die Verdrängung eines Affektes die Grundlage dieser Störungen bildet. Geschildert werden die Neurasthenie und verschiedenartige Neurosen (Ärger, Eifersucht, Wut, Libido, Schmerz, Müdigkeit und Unlust, Schreibkrampf, Schwindelgefühl, Neurose des Fremdgefühls, hysterische Dämmerzustände, neurasthenische Verstimmungen). Weiter die Angstneurosen in ihren bunten Bildern des einfachen Angstzustandes; der Übertragungen der Angst auf Gegenstände, Orte, Situationen; der Verbindung

der Angst mit Störungen in der Magen- und Darmtätigkeit; der Schlafstörungen; des Stotterns; der Errötungsfurcht und der Zwangsneurosen. Endlich werden noch die sexuellen Anomalien abgehandelt. *Frank* steht durchaus auf dem Boden der Lehre von *Breuer* und *Freud*, doch halten sich seine Ausführungen frei von den sonst so vielfach mit der Lehre verbundenen Spekulationen und unwahrscheinlichen Deutungen. Vor allen Dingen tritt das sexuelle Moment ganz in den Hintergrund. Dies berührt fraglos angenehm. Das Buch soll in erster Linie die Kenntnis der Behandlung der psychoneurotischen Neurose zu verbreiten helfen. Die Behandlung ist diesmal ganz der Ausfluß der Anschauung über die Entstehung dieser Zustände. Es ist die „Psychokatharsis", d. h. die Methode, die versucht, durch „Abreagieren" einen Affekt, der mit früheren, jetzt in das Unterbewußtsein eingegangenen Ereignissen verbunden ist und verdrängt ist, durch Rückrufen dieser Erlebnisse wieder erleben zu lassen und damit die durch Verdrängung des Affektes entstandenen nervösen Zustände zu heben. Die Behandlung besteht entweder darin, daß im wachen Zustande versucht wird, die Erinnerung an die Ereignisse zurückzurufen oder aufklärend zu wirken oder im Zustande leichter Hypnose das Wiedererleben der affektbetonten Ereignisse zu erleichtern. Selbstverständlich ist die Psychokatharsis nicht ganz frei von suggestiven Momenten; doch beschränken sie sich eigentlich nur auf die Erklärung dessen, worauf es ankommt. Es wird bei dieser Methode, wie die Krankengeschichten beweisen, zu enormen affektiven Erregungen kommen; die Szenen werden mit aller Lebhaftigkeit wieder durchlebt. *Frank* hält die Anwendbarkeit dieser Methode für sehr weitgehend; seine Beispiele sind deshalb auch ganz verschiedenartig. Er vertritt energisch die Benutzung der Hypnose zu Heilzwecken und ihre völlige Unschädlichkeit und beklagt zum Schluß sehr das Fehlen eines allgemeinen Unterrichtes über Psychologie an den Universitäten. Eine große Anschaulichkeit zeichnet die Heraushebung des Bildes des „Psychoneurotikers" aus. Es sei das wichtigste Ergebnis seiner Beobachtung, daß alle die geschilderten Störungen nur bei Menschen mit einer ganz bestimmten affektiven Anlage, eben den von ihm so bezeichneten Psychoneurotikern, vorkommen.

Das Buch führt mit großer Anschaulichkeit in die therapeutisch bisher so undankbaren Gebiete dieser Psychoneurosen ein und wird manchem recht willkommen sein. *Frank* sucht aber keineswegs ausschließlich das Heil in der Psychokatharsis, sondern macht auch auf den Wert einer allgemeinen Psychotherapie aufmerksam. (*Grimme*-Hildesheim.)

Friedländer (146) setzt auf die pyrogenetische Behandlung große Hoffnungen und beschreibt seine Behandlungsweise. Bei der Paralyse empfiehlt er eine Kombination der Salvarsan-Quecksilber-Jod- und der pyrogenetischen Behandlung.

De Block (39) machte in 20 Fällen von Geistesstörung, darunter 15 Fälle von progressiver Paralyse, subkutane Injektionen von Natr. nucleinicum (Präparat von *Leprince* und *Merck*) unter die Bauchhaut. Lösung 2—5 %, Anfangsdosis 0,3, Maximaldosis 2—3 g Natr. nucl., alle 4—5 Tage. Über 9,5 g in 17 Tagen wurde nicht gegangen. Der Schmerz war nur wenig ausgesprochen, die etwaige Röte und Schwellung verschwand bald. Der Injektion folgte Unbehagen und meist



Fiebersteigerung. Regelmäßig stellte sich Hyperleukozytose ein. In dem geistigen Zustand der Behandelten ließ sich keine weitere Besserung beobachten, als sie auch sonst oft ohne jedes Medikament eintreten kann. Verf. rät demnach von dieser Behandlungsart bei Geisteskranken ab. (*Ganter.*)

Dominici, *Marchand*, *Chéron* et *Petit* (110) behandelten verschiedene Psychosen (Dementia praecox, Verwirrtheit, Melancholie usw.) mit Injektionen von 1. einfachem Pferdeserum, 2. einfachem Pferdeserum, das durch Zusatz von 2 Tausendstel mgr Radiumbromid auf 10 ccm Serum radioaktiviert worden war, 3. mit Serum vom Pferde, dem vorher intravenöse Injektionen von schwefelsaurem Radium gemacht worden waren (in vivo radioaktiviertes Serum), 4. mit in vivo und in vitro durch Zusatz von 2 Tausendstel mgr Radiumbromid auf 10 ccm Serum radioaktiviertem Serum, 5. mit isotonischer Radiumbromidlösung in der täglichen Dosis von 2 Tausendstel mgr. Die Seruminjektionen wurden nach den üblichen Regeln gemacht. Die isotonische Radiumbromidlösung wurde 20 Tage lang täglich einmal unter die Haut des Oberschenkels eingespritzt. Dann wurde eine Pause von 10 Tagen gemacht, und wenn keine Besserung eintrat, die Serie wiederholt. Verschiedene Besserungen wurden erzielt. Tuberkulose bildet eine Gegenanzeige wegen der zu stark ausgesprochenen Reaktionen, zum mindesten muß man vorsichtiger verfahren. Am wirksamsten erwies sich Pferdeserum, das zugleich in vivo und in vitro durch Zusatz von Radium aktiviert worden war. (*Ganter.*)

Dana, *Berkeley* and *Cornell* (95) haben etwa 50 geistig zurückgebliebene Kinder mit Epiphysensubstanz mehrere Monate hindurch behandelt. 12 Epiphysen von Ochsen wurden mit Milchzucker verrieben, getrocknet und in 100 Teile (Kapseln) geteilt. Täglich zwei Kapseln. Die Verf. wollen eine psychische Besserung in verschiedenen Fällen festgestellt haben, eine körperliche Besserung hingegen ließ sich nicht nachweisen. (*Ganter.*)

Toulouse et *Puillet* (436): In der Annahme, daß die akuten Psychosen durch Ernährungsstörungen infolge Überarbeitung und Vergiftung bedingt sind, wobei der Oxydationsprozeß nicht mehr in der richtigen Weise vonstatten geht, haben die Verf. zunächst Sauerstoffklystiere angewandt und sind dann zu den wirksameren subkutanen Sauerstoffinjektionen übergegangen. Es wurden bei der ersten Injektion 120—150, bei der zweiten 200—250, bei den folgenden 500 ccm Sauerstoff subkutan am Oberschenkel jeden zweiten Tag injiziert (abwechselnd rechts und links). Der Schmerz ist gering, das subkutane Emphysem verschwindet in 6—12 Stunden. Das Körpergewicht stieg, der Appetit besserte sich, die Kranken überkam ein beruhigendes Gefühl, der Schlaf wurde tiefer. Die Erregtheit und Verwirrtheit ging auffallend rasch zurück. Nach einigen Tagen war die geistige Störung oft ganz geschwunden. So bei der Manie, der Verwirrtheit, dem manisch-depressiven Irresein. Auch Epileptiker wollen die Verf. so behandeln. (*Ganter.*)

Bachem (14) gibt eine vorzügliche Übersicht über die neueren Schlafmittel, ihre chemische Zusammensetzung, ihre pharmakotherapeutischen Eigenschaften und ihre klinische Verwendung.

Topp (434) empfiehlt Leukrol als allgemeines und Nerventonikum bei nicht organischen Nerven- und Geisteskrankheiten und hebt dabei seine Unschädlichkeit und den billigen Preis hervor.



Vidoni (448) gab das Luminal in Dosen von 0,2—0,6 in Fällen von Schlaflosigkeit und Erregung. Nach ½—2 Stunden stellte sich ein 6—9 stündiger Schlaf ein. Gelegentlich traten Nebenwirkungen auf: Benommenheit, Kopfschmerzen, Übelkeit, Schwäche der Beine, geringe Temperaturerhöhung. Luminal ist demnach kein harmloses Mittel und darf nicht längere fortgegeben werden. (*Ganter.*)

v. Klebelsberg (240) hat Luminal als Beruhigungsmittel bei verschiedenen Krankheitsformen mit gutem Erfolg angewandt und damit besonders bei Epilepsie günstige Resultate erzielt. Wegen seiner Nebenwirkungen mahnt er aber zur Vorsicht und empfiehlt, zunächst kleine Dosen (0,1) zu versuchen.

Lomer (269) hat bei seinen Versuchen mit Luminal festgestellt, daß es zwar andere Narkotika ersetzen und gelegentlich für sie eintreten kann, daß es jedoch ebensowenig von schädlichen Nebenwirkungen frei ist, wie die bisher gebräuchlichen Mittel.

Heinz (185) nennt Diogenal, ein bromhaltiges Derivat des Veronals = Dibrompropyldiäthylbarbitursäure, ein mildes Schlafmittel und gutes Sedativum. Zum Zweck der Schlaferzeugung sind von Diogenal 3—4 mal größere Dosen erforderlich als von Veronal. Die Unschädlichkeit des Diogenals erlaubt größere einmalige Dosen und längere Verabreichung.

Mörchen (298) nennt Diogenal ein vorzügliches Sedativum, das auch in größeren Dosen (4,0—5,0 täglich) keine unangenehmen Nebenwirkungen erzeugt und nicht kumulierend wirkt. Es eignet sich zur Anwendung bei allen Formen von Nervenkrankheiten und Psychosen, bei denen Sedativa indiziert sind. 3 × 1,0 bei stärkeren Erregungszuständen, 3 × 0,5 bei leichterer Unruhe.

Leva (261) empfiehlt Kodeonal als Schlafmittel bei Zuständen von leichter allgemeiner nervöser Erregbarkeit und Erschöpfung sowie bei organischen Nervenaffektionen, die mit körperlichen Schmerzen einhergehen. Bei Psychosen und Neuropsychosen, die mit allgemeiner motorischer Unruhe und schweren affektiven Erregungszuständen einhergehen, reicht es als Sedativum nicht aus. Kodeonal ist ein Arzneigemisch von Kodeïnum und Natrium diaethylbarbituricum.

Zahn und *Kaiser* (469) empfehlen Valamin (Valerianester des Amylenhydrats) bei depressiven Erregungszuständen, nervöser Schlaflosigkeit, neurasthenischen Erregungssymptomen, Magenneurosen, Angina pectoris und Asthma bronchiale.

Stein (408) hat Valamin als Schlafmittel in Dosen zu 0,5—0,75 und als Sedativum in Dosen von 0,25 mit Erfolg angewandt und keine unangenehmen Nebenerscheinungen bemerkt.

Simonsohn (399) lobt Valamin ebenfalls und betont, daß es niemals am nächsten Tag, wenn es abends als Schlafmittel gegeben wurde, Müdigkeit und den Eindruck künstlichen Schlafes zurückläßt; er empfiehlt, Valamin möglichst unmittelbar nach dem Essen zu geben, da sonst unangenehmes Aufstoßen eintreten kann.

Bräutigam (52) hat Valamin bei nervösen Erregungszuständen der verschiedensten Art mit Erfolg angewandt; er empfiehlt es als wirksames Sedativum und harmloses Schlafmittel.

v. Spindler (407) macht auf den Wert von Fichtennadelbädern bei allen durch Überlastung des Nervensystems entstandenen Erkrankungen aufmerksam.

———



8. Intoxikations-Psychosen.

Ref.: Otto Snell-Lüneburg.

1. *Abadie, I.*, Les fumeurs d'opium. Arch. d'anthropol. crimin. vol. 28, p. 639.
2. *Amaldi, P.* (Florenz), Le psicosi da alcoolismo nei manicomi italiani. Rivista sperimentale di freniatria vol. 39, fasc. 4, p. 637.
3. *Azboukine, D.* (Moskau), Zur Kasuistik der *Korsakoff*schen Psychose. Arbeiten a. d. Psychiatr. Klinik zu Moskau, herausgegeben v. *Th. Rybakow.* Nr. 1. S. 224. (Russisch.)
4. *Bardin, I.*, Note on the differential blood counts in three cases of pellagra. Old Dominion journal of medicine and surgery vol. 17, no. 1. (S. 291*.)
5. *Bardin, I. C.* (Petersburg, Va.). Further observations on the blood of Pellagra. The american journ. of insanity vol. 70, no. 1, p. 155. (S. 291*.)
6. *Benon, P.*, Grippe et asthénie périodique. Gaz. des hôpitaux p. 1727.
7. *Bérillon*, Valeur de la psychothérapie dans le traitement de l'alcoolisme. Gazette médic. de Paris no. 230 (31. Dez.) p. 413.
8. *Bertholet, E.* (Lausanne), Die Wirkung des chronischen Alkoholismus auf dis Organe des Menschen, insbesondere auf die Geschlechtsdrüsen. Stuttgart. Mimir-Verl. 101 S. 3 M.
9. *Bertholet, E.*, Action de l'alcoolisme chronique sur les organes de l'homme et sur les glandes reproductrices en particulier. Lausanne. Frankfurter. 78 S. 3,50 Fr.
10. *Boghassian* (Constantinople), Un cas de delirium tremens (?) dû à l'intoxication par le datura stramonium. Arch. internat. de neurologie no. 5, p. 290.
11. *Bonhoeffer, K.* (Berlin), Die Infektions- und Autointoxikationspsychosen. Monatsschr. f. Psych. u. Neurolog. Bd. 34, H. 6, S. 506.
12. *Box, Ch. R.*, Fatal pellagra in two english boys. British med. journ. 5. Juli.
13. *Bresler, J.*, Tabacologia medicinalis. Literarische Studie über den

Tabak in medizinischer Beziehung. II. Heft: Der Tabak in gewerbehygienischer Beziehung. Halle. C. Marhold. 51 S. 1 M. (S. 289*.)

14. *Briand, M.*, Une morphiomane guéri par un scorage brusque. Bulletin de la Société clin. de méd. ment. no. 5, p. 197.
15. *Briand, M.*, Le scorage brusque pour le morphino-cocaïnisme. Guérison. Bulletin de la Société clinique de méd. ment. no. 8, p. 344.
16. *Briand, M.*, Un singe cocaïnomane. Bulletin de la société clinique de médecine mentale no. 9, p. 380.
17. *Bufe*, Erfahrungen mit Ureabromin bei der Alkoholentziehung. Münchn. med. Wochenschr. S. 2624.
18. *Burr, Ch. W.* (Philadelphia Pa.), Unusual duration of mental symptoms in a case of atropine poisoning. Archives of ophthalmology vol. 42, no. 2. (S. 289.*)
19. *Carbone, D.*, e *Cazzamalli, F.*, Studii sulle eziologia della pellagra. Rivista speriment. di Freniatria vol. 39, p. 177. (S. 290*.)
20. *Casamajor, Z.*, Diagnosis of delirium caused by drugs. Old Dominion journal of medicine and surgery. Mai.
21. *Claussen, E.*, Statistische und klinische Mitteilungen über das Delirium tremens. Inaug.-Diss. Kiel.
22. *Condomine, A.* et *Devaux, A.*, Syndrome paralytique chez un alcoolique; délits à caractère démentiel. Archives de neurologie Jahrg. 35, no. 4, p. 205. (Oktober.) (S. 288*.)
23. *Cooper*, Pathological inebriety, its causation and treatment. London. Baillière, Tindall and Cox 148 S. 3 sh. 6 d.
24. *Crothers, T. D.*, Premonitory aurae in inebriety. Medical Record. vol. 84, p. 885.
25. *Cutten, G. B.*, A study of the defects of memory in inebriates. Journ. of Inebriety nr. 2.
26. *Damaye, H.*, Démences précoces et psychoses toxi-infectieuses. Écho médical du Nord. 2. Juni.
27. *Delbrück, A.* (Ellen), Hygiene des Alkoholismus. (Th. Weil, Handbuch der Hygiene. 2. Aufl. Bd. III Abt. 4.) Leipzig, Joh. A. Barth. 5,25 M.
28. *Delfino, Victor*, La prohibición en la lucha contra il alcoholismo; sus progressos. La semana medica de Buenos Aires. 5. Juni.



29. *Deroitte*, *V.* (Brüssel), Psychose de *Korsakoff* à la suite d'un traumatisme frontal. Annales de la société scientifique de Bruxelles t. 37, fasc. 3. (S. 289*.)

30. *Deutsch*, Alkohol und Homosexualität. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 3.

31. *Devoto*, *L.* (Mailand), Ätiologie und Klinik der Pellagra. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 1. (S. 290*.)

32. *Drügg*, *Paul*, Zur Lehre vom Eifersuchtswahn der Trinker. Inaug.-Diss. Kiel.

33. *Dürr*, *Wilh.*, Über Verlauf und Ausgang des *Korsakoff*schen Symptomenkomplexes auf alkoholischer Grundlage. Inaug.-Diss. Tübingen.

34. *Dwyer*, *P. J.* (Dublin), Morphino-mania with suggested visual hallucinations. Journal of mental science no. 244, p. 87.

35. *Fels*, *R.* (Lennep), Neuere medizinische Forschungsmethoden und die Alkoholfrage. Alkoholfrage H. 1, S. 15.

36. *Ferrari*, *M.* (Genua), Sull' antagonismo fra i riflessi tendinei e i reflessi cutanei nell' alcoolismo cronico. Clinica medica Italiana. (S. 287*.)

37. *Finato*, *L.*, e *Novello*, *F.*, Ricerche sulla ipersensibilità dei pellagrosi. Gazetta internaz. di med.-chirurg.-ig. p. 1038.

38. *v. Frankl-Hochwart*, *L.*, Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung des Tabakrauches. Wiener med. Wochenschr. S. 2061.

39. *v. Franzoni*, *R.*, Der jetzige Stand der Pellagrafrage mit besonderer Berücksichtigung der pellagrösen Psychosen. Bericht d. Hauptvers. d. Österr. Psychiatr. Vers. in Görz, 10. u. 11. Oktober.

40. *Friedländer*, *A.* (Hohe Mark), Der Morphinismus, Kokaïnismus, Alkoholismus und Saturnismus. Mit besonderer Berücksichtigung seiner Heilung und Vorbeugung. Jena. Gust. Fischer. 47 S. 1,20 M. (S. 286*.)

41. *Friedländer*, *A.* (Hohe Mark), Über Morphinismus und Kokaïnismus. Med. Klinik Nr. 40, S. 1577.

42. *Fürer* (Haus Rockenau), Zur Frage der Behandlung chronischer Alkoholisten. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 15, H. 1 u. 2, S. 13. (S. 287*.)



43. *Funk, C.* (London), Fortschritte der experimentellen Beriberiforschung in den Jahren 1911—1913. Münch. med. Wschr. Nr. 36, S. 1997.

44. *Gardner, W. E.*, Pellagra as related to insanity. Kentucky med. journ. 1. Mai.

45. *Gonnet, A.*, Délires résiduals à durée prolongée chez des buveurs devenus abstinents. Journ. de psychol. norm. et pathol. p. 321.

46. *v. Gruber*, Die Alkoholfrage in ihrer Bedeutung für Deutschlands Gegenwart und Zukunft. Berlin. Mäßigkeits-Verlag. 20 S. 0,20 M.

47. *Hainsford, F. E.*, On a fatal case of Pellagra in an insane patient. Lancet p. 1759.

48. *Hammond, J. A. B.*, A case of pellagra in England. Brit. med. Journ. 5. Juli.

49. *Hartwig* (Lübeck), Der Alkoholismus im Lichte der Statistik. Alkoholfrage Nr. 2, S. 147.

50. *v. Hentig, H.* (München), Alkohol und Verbrechen in Bayern. Münch. med. Wschr. Nr. 45, S. 2525. (S. 288*.)

51. *Herman* et *d'Hollander, F.* (Mons), La réaction de *Wassermann* et l'aliénation mentale. Bulletin de la Soc. de médic. ment. de Belgique. Avr. No. 167, p. 166.

52. *Hesse, E.*, Alkoholfreie Getränke. D. med. Wschr. Nr. 24, S. 1152.

53. *Hotter, Karl* (Landshut), Alkohol und Verbrechen in der bayrischen Rheinpfalz. Mtschr. f. Kriminalpsych. u. Strafrechtsreform Jahrg. 10, S. 542. (S. 288*.)

54. *Hughes, Chas. H.*, Brain menace to man and nation of alcoholic and other narcotic neuropsychopathy. The Alienist and Neurologist vol. 34, nr. 1, p. 61.

55. *Huzar, W.*, Ätiologie der Pellagra im Lichte neuerer Forschungen. Wiener med. Wschr. 64, S. 218.

56. *Kauffmann, A. Fr.* (München), Zur Frage der Heilbarkeit der *Korsakow*schen Psychose. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 20, H. 4, S. 488.

57. *Kauffmann, A. Fr.* (München), Der weitere Verlauf der Fälle von *Korsakow*scher Psychose, die in den Jahren 1904—1911 in der Kgl. psychiatrischen Klinik zu München aufgenommen wurden. Inaug.-Diss. Berlin.



58. *Kauffmann*, *M.* (Halle), Kritik der fanatischen Alkoholabstinenzbewegung. Leipzig. Benno Konegen. 80 S. 1,20 M.

59. *Kleininger* (Neustadt i. Holstein), Neue Beiträge zur Pellagralehre. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 16, H. 5, S. 586. (S. 291*.)

60. *Kohlmann*, *Gerd.*, Die akute Halluzinose der Trinker. Ein Beitrag zur Kenntnis von den Intoxikationspsychosen. Inaug.-Diss. Kiel.

61. *Kohn*, *A.*, Die Krankenkassen als berufene Organe der Trinkerfürsorge. Hygiene H. 1, S. 9.

62. *Kolossow*, *G. A.* (Smolensk), Geistesstörungen bei Ergotismus. Arch. f. Psych. Bd. 53, H. 3. (S. 290*.)

63. *Kramer*, *S. P.*, On the treatment of Delirium tremens by the subdural injection of sodium bromide. Boston. med. et surg. Journ. vol. 169, p. 646.

64. *Krass*, Resolution zur Trinkerfürsorgefrage. Caritas Nr. 2—3, S. 57.

65. *Król*, *J.*, Über das Wesen der Methylalkohol-Vergiftung. Inaug.-Diss. Straßburg.

66. *Kundt* (Deggendorf), Antrag betr. Trinkerheilstätte. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 70, H. 1, S. 150.

67. *Kyrle*, *J.*, u. *Schopper*, *K. J.* (Wien), Untersuchungen über den Einfluß des Alkohols auf Leber und Hoden des Kaninchens. Wiener klin. Wschr. Nr. 51.

68. *Ladame*, *P.-L.* (Genf), L'alcool et l'eugénique. Alcoolisme et divorce. L'alcoolisme cause de divorce à Genève de 1904—1910. Eugénique, organ de la Société Française d'eugénique no. 8.

69. *Laquer*, *B.* (Wiesbaden), Mäßigkeit und Enthaltsamkeit. Alkohol und Nachkommenschaft. Alkohol-Forschungsinstitute. Wiesbaden. J. F. Bergmann. 86 S.

70. *Laquer*, *B.* (Wiesbaden), Alkoholforschungsinstitute. D. med. Wschr. Nr. 43, S. 2099.

71. *Ley*, Delirium tremens et traumatisme cranien. Journal de neurologie no. 7, p. 122.

72. *Liebau*, *Oskar*, Infektionsdelirien nach Influenza. Inaug.-Diss. Kiel.

73. *Lui*, *A.*, e *Baccelli*, *M.*, Ricerca delle maïs-precipitine nel siero dei



pellagrosi. Note e riviste di psichiatria vol. 6, fasc. 1, p. 1. (S. 291*.)

74. *Magnan* et *Fillassier*, Alcoolisme et dégénérescence. Revue d'hygiène vol. 35, no. 3, p. 266.

75. *Malfilatre* et *Devaux* (Saint Lizier), Du syndrome pellagroide. Annal. méd.-psych. 71, no. 1, p. 15. (S. 291*.)

76. *Marchand, L.*, et *Usse, F.*, Psychopolynévrite au cours d'une cure de démorphinisation. L'Encéphale no. 12, p. 514.

77. *Martin*, The specific treatment of Pellagra. New York med. Journ. 15. III.

78. *Mees, R.* (Mainz), Alkoholische reflektorische Pupillenstarre. Münch. med. Wschr. Nr. 22, S. 1200.

79. *Meyer, E.* (Königsberg), Epileptoide Zustände bei Alkoholintoxikation. Med. Klin. Nr. 3, S. 83. (S. 287*.)

80. *Meyer, E.* (Königsberg), Irrenanstalten und Trinkerheilanstalten. Die Irrenpflege Nr. 12, S. 261.

81. *Mignot, R.*, et *Usse, F.*, Troubles mentaux observés chez un sujet morphinomane et chloratomane. L'Encéphale no. 3, p. 235.

82. *Miller, H. W.*, Report of a case of pellagra in Maine with remarks upon recent work of the etiologie of the disease. Worcester State hospital papers 1912—13, p. 103—109.

83. *Mott, F. W.*, The histological changes in the nervous system of Dr. *Box*' case of pellagra. British med. Journal 5th July.

84. *Näcke, P.* (Colditz), Die Zeugung im Rausche. D. med. Wschr. Nr. 28, S. 1367.

85. *Näcke, P.* (Colditz), Die Zeugung im Rausche. 3. Mitteilung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 17, H. 4, S. 474.

86. *Nakamura, I.*, Klinische Beobachtung zweier Fälle von *Korsakow*scher Psychose. Neurologia Bd. 12, H. 5, 6. (Japanisch.)

87. *Nippe*, Fünf Jahre Trinkerfürsorge. Bericht über die ersten fünf Jahre der Königsberger Alkohol-Wohlfahrtsstelle. Herausgeg. v. d. Med.-Abt. des Ministeriums. 38 S.

88. *Osaki, M.*, Über sog. Pellagrapsychose, mit besonderer Berücksichtigung auf die Veränderung im zentralen Nervensystem bei derselben Krankheit. Neurologia Bd. 12, H. 1, S. 22. (Japanisch.)



89. *Page*, *M.* (Bellevue), Le traitement de la demorphinisation. Annales médico-psycholog. no. 5, p. 532.
90. *Patridge*, *G.*, Psychological aspects of the Alcohol problem. British journal of Inebriety nr. 2, p. 76.
91. *Plicque*, *A.-F.*, La cure de desaccoutumance à l'opium (cure de l'opiumisme). Le Bulletin méd. no. 89, p. 982.
92. *Raff*, *Karl* (Stuttgart), Blutdruckmessungen bei Alkoholikern und funktionellen Neurosen. Deutsch. Archiv f. klin. Med. Bd. 112, H. 3—4.
93. *Rahner*, *R.*, Alkohol und Rassenhygiene. D. neue Generation Nr. 3, S. 113.
94. *Rainsford* (Dublin), Pellagra. Lancet, 20. XII. 1913.
95. *Rogues de Fursac*, *J.*, L'intoxication oxycarbonée chronique. Rapport présenté au 3e congrès de médecine légale de langue française, Paris, 26—28 mai 1913. Clermont. Daix et Thiron. 52 p. (S. 289*.)
96. *Rothfeld*, *J.*, Über den Einfluß akuter und chronischer Alkoholvergiftung auf die vestibularen Reaktionen. Arbeiten aus dem Neurol. Institute der Wiener Universität Bd. 20, S. 89.
97. *Runge*, (Kiel) Über die ärztliche Seite der Trinkerfürsorge. Friedreichs Blätter f. gerichtl. Medizin 64, H. 4. (S. 288*.)
98. *Sambon*, *L. W.*, The natural history of pellagra. British med. journ. (5. July) nr. 2740, p. 5.
99. *Sandy*, *W. C.*, Polyneuritic delirium — *Korsakoffs* psychosis. The American Journal of Insanity vol. 69, nr. 4, p. 739.
100. *Sauer*, *H.* (Hamburg), Fehlen der Bauchdeckenreflexe bei chronischem Alkoholismus. D. Ztschr. f. Nervenheilkunde Bd. 46, H. 3. (S. 287*.)
101. *Schäfer*, *F.* (Lengerich), Die Alkohol-Geistesstörungen, gemeinverständlich als Grundlage der praktischen und strafrechtlichen Trinkerfürsorge dargestellt. Jurist.-psychiatr. Grenzfragen Bd. 9, H. 6. Halle. C. Marhold. 60 S. 1,50 M. (S. 286*.)
102. *Schottmüller* und *Schumm*, Über den Nachweis von Alkohol in der Spinalflüssigkeit von Säufern. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 15, S. 634.
103. *Schröder*, *P.* (Greifswald), Versuche mit chronischer Alkoholver-

giftung bei Kaninchen. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 34, H. 1, S. 1. (S. 287*.)

104. *Schumm*, *O.*, und *Fleischmann*, *R.* (Hamburg), Untersuchungen über den Alkoholgehalt der Spinalflüssigkeit bei Alkoholisten und Deliranten. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 46, H. 3.

105. *Seelert*, *H.* (Berlin), Ein Fall chronischer Manganvergiftung. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 34, H. 1, S. 82.

106. *Seelert*, *H.*, Zur Kasuistik der Alkoholhalluzinose und einige Bemerkungen über Gedanken-Lautwerden. Charité-Annalen Jahrg. 37, S. 144.

107. *Seppilli*, *G.*, Sindrome pellagrosa da alcoolismo. Rivista Italiana di neuropatologia, psichiatria ed elettroterap. vol. 8, fasc. 8. (S. 291*.)

108. *Serko*, *A.*, Im Meskalinrausch. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 34, Nr. 3, S. 355.

109. *Sollier*, Un cas de codéinomanie pure. Revue de méd. légale no. 12, p. 359.

110. *Soukhanoff*, *S.* (Petersburg), Demence précoce et alcoolisme. Annales médico-psychologiques 71e ann. no. 3, p. 277.

111. *Stegmann*, *A.* (Seefrieden), Die Auswahl der Alkoholkranken für die Heilstättenbehandlung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 15, H. 1 u. 2, S. 38. (S. 289*.)

112. *Sternberg*, *Wilh.* (Berlin), Die Übertreibungen der Abstinenz. Eine diätetische Studie für Mediziner und Nichtmediziner. 3. Aufl. Würzburg, Kabitzsch. 93 S. 2,50 M.

113. *Tholl*, *K.*, Über Veronalvergiftung. Inaug.-Diss. Bonn.

114. *Thoma*, *E.* (Illenau), Zur patholog. Histologie der *Korsakow*schen Psychose. (Mit Taf. I—IV.) Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 70, H. 3 u. 4, S. 331.

115. *Thoma* (Illenau), Demonstration zur pathol. Histologie des *Korsakow*schen Symptomenkomplexes alkoholischen Ursprungs. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 70, H. 5, S. 816.

116. *Truelle*, *W.*, Intoxication par l'oxyde de carbone. Bulletin de la Soc. clinique de méd. mentale no. 4, p. 147.

117. *Vallon*, *Ch.*, et *Bessière*, *R.*, Le Véronalisme. L'Encéphale no. 3, p. 245.

118. *Valtorta*, *D.* (Como), Intossicazione pellagrosa ed ipersensibilità



agli estratti acquosi di mais sano. Il Manicomio 28, no. 1, p. 43.

119. *Vigouroux, A.*, et *Pruvot, P.*, Démence précoce et alcoolisme chronique. Bulletin de la Soc. clinique de méd. mentale no. 8, p. 351.

120. *Vorkastner* und *Neue* (Greifswald), Über den Nachweis von Alkohol in der Spinalflüssigkeit von Säufern. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 14, H. 3, S. 324.

121. *Vorkastner* und *Neue* (Greifswald), Noch einmal der Nachweis von Alkohol in der Spinalflüssigkeit von Säufern. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 15, S. 638.

122. *Wada, Toyotane* (Osaka, Japan), Zur Kenntnis der *Korsakow*schen Psychose in Japan nebst einem Beitrag zur vergleichenden Rassenpsychiatrie. Jahrbücher für Psychiatrie u. Neurol. Bd. 34, H. 1 u. 2, S. 74.

123. *Warth, Bruno* (Karlsruhe), Die sozialen Bestrebungen zur Verhütung des Alcoholismus chronicus unter besonderer Berücksichtigung des B. G.-B. und des R.-Str.-G.-B. Inaug.-Diss. Freiburg.

124. *Wilker, K.*, Über Alkoholismus, Schwachsinn, Vererbung. Eos Bd. 9, H. 1, S. 1.

125. *Wilson, G. B.*, Drunkenness and the effect of Alcohol. The Lancet 1912 no. 4660.

126. *Woods, M.* (Philadelphia), Seven cases of epilepsy in children traced to single alcoholic intoxication on the part of one or both parents otherwise teetotalers. The journal of the Americ. med. association vol. 61, nr. 26 (27. Dezember 1913).

a) Allgemeines.

Friedländer (40) bespricht in gemeinverständlicher Form den Morphinismus, Kokainismus, Alkoholismus und Saturnismus „für Ärzte, Gewerbeinspektoren, Versicherungsgesellschaften". Es ist eine Erweiterung des Beitrages zu dem von *Vogt* herausgegebenen Handbuch der Therapie der Nervenkrankheiten.

b) Alkoholismus.

Schäfer (101) gibt eine gemeinverständliche Darstellung der Alkohol-Geistesstörungen als Grundlage der praktischen und strafrechtlichen Trinkerfürsorge.



Fürer (42) beobachtete, daß die meisten an chronischem Alkoholismus leidenden Kranken in auffälliger Weise versagen, wenn man von ihnen das Festhalten an einer bestimmten, gewisse systematische Arbeit zu bestimmten Zeiten verlangenden Tageseinteilung verlangt. Auch intelligente Kranke, die sonst stets guten Willen zeigten, machten Schwierigkeiten, wenn sie regelmäßig zu gymnastischen Übungen oder anderer körperlicher Arbeit sich einfinden sollten. Solchen Kranken darf keine Willensanstrengung zugemutet werden, die über ihre Kräfte geht. *Fürer* untersuchte die Zerebrospinalflüssigkeit in 26 Fällen von chronischem Alkoholismus. Unter 13 Fällen von typischem chronischem Alkoholismus fanden sich 10 Fälle, also 77 %, mit positiv pathologischem Befunde, von denen 3 Fälle im Verlauf der Behandlung eine weitgehende Besserung erfuhren. Diese Konstatierung erscheint geeignet, eine Stütze für die Annahme einer Schonungsbedürftigkeit des Nervensystems bei dem chronischen Alkoholismus zu bilden.

Ferrari (36) fand, daß beim chronischen Alkoholismus kein Antagonismus zwischen Sehnenreflexen und Hautreflexen besteht. Meistens findet man eine allgemeine Steigerung der Reflexe.

E. Meyer (79) weist auf die vielfachen Beziehungen der epileptoiden Zustände zur Alkoholvergiftung hin. Wie die akute Alkoholintoxikation epileptoide Reaktion bei den verschiedenen Formen zerebraler Minderwertigkeit mit Vorliebe auslöst, so hat auch speziell die chronische Alkoholvergiftung neben der deliranten eine ausgesprochen epileptoide Komponente. Die Ähnlichkeit des Habitualzustandes des chronischen Alkoholisten mit dem des echten Epileptikers ist hierin begründet.

Sauer (100) fand bei Fällen von chronischem Alkoholismus häufig das dauernde oder zeitweilige Fehlen des Bauchdeckenreflexes, entweder an allen Stellen oder nur über oder unter dem Nabel oder nur auf einer Seite. Er hält das Verhalten der Bauchdeckenreflexe für diagnostisch viel wertvoller als das *Quinquaud*sche Phänomen, das er nur ausnahmsweise fand.

P. Schröder (103) hat Versuche mit chronischer Alkoholintoxikation bei Kaninchen angestellt. Die akuten Erscheinungen des chronischen Alkoholismus treten beim Menschen erst auf, wenn Alkohol in reichlicher Menge durch eine lange Reihe von Jahren genossen worden ist. Sie sind ihrem Wesen nach etwas ganz anderes als die Erscheinungen der akuten Alkoholintoxikation. Experimentelle Versuche, bei Tieren chronischen Alkoholismus zu erzeugen, stoßen auf die Schwierigkeit, daß die Lebensdauer der kleineren Tiere, wie Kaninchen, wohl überhaupt nicht groß genug dafür ist. Man kann versuchen, an Stelle des zu kurzen Lebens des Einzeltieres das Leben einer aufeinanderfolgenden Reihe voneinander abstammender, dauernd mit Alkohol gefütterter Tiere zu setzen. Derartige Versuche, die *Schr.* anstellte, haben zwar bezüglich der Erzeugung von chronischem Alkoholismus ein negatives Resultat gehabt, jedoch sonst manches Interessante ergeben. Die Kaninchen wurden mit Hafer gefüttert, der mit reichlichen Mengen von 25 prozentigem Spiritus versetzt war. Es wurde erreicht, daß jedes Tier einmal am Tage betrunken (müde, schläfrig) war. Die jungen Tiere erhielten etwa von der 4. Lebenswoche an Alkohol. Unter dem Einflusse der fortgesetzten Betrunken-



heit entwickelten sich verhältnismäßig rasch Erscheinungen, die mit den für menschliche Trinkerfamilien bekannten Erscheinungen der körperlichen Entartung und des sozialen Rückganges weitgehende Übereinstimmung zeigten: große Morbidität, häufiges Zurückbleiben der Jungen im Wachstum und in der Entwicklung, große Sterblichkeit, geringe Nachkommenschaft, Vernachlässigung der Jungen, Vernachlässigung des eigenen Äußeren. Auffallend häufig war das „Verwerfen". Zweifellos trächtige Weibchen bauten ein Nest, in dem aber keine Jungen vorgefunden wurden. Wahrscheinlich hatte die Mutter die Jungen gleich nach der Geburt aufgefressen. Da der Stamm der Alkoholkaninchen mehrmals auszusterben drohte, mußte die Verabreichung von Alkohol zeitweise ausgesetzt werden. Bis jetzt sind in 4 Jahren 5 Generationen gezüchtet.

Condomine und *Devaux* (22) teilen die Krankengeschichte eines 34 jährigen Mannes mit, der an alkoholischer Pseudoparalyse litt und Zechprellereien, Diebstahl und andere geringe Vergehen begangen hatte.

v. Hentig (50) berichtet über die bayerische Kriminalstatistik des Jahres 1912. Es wurden 8448 Verurteilungen von Personen rechtskräftig, die eine strafbare Handlung (Verbrechen oder Vergehen gegen ein Reichsgesetz) im Zustande der Trunkenheit begangen hatten. Er berechnet, daß auf 100 Fälle schwerer Körperverletzung 66 Verurteilungen von Personen kamen, die das Verbrechen oder Vergehen in der Trunkenheit begingen. Bei Vergehen gegen die Religion betrug der Prozentsatz 48, bei Widerstand gegen die Staatsgewalt 45, bei Sachbeschädigung 33 usw.

Hotter (53) teilt eine Statistik mit über die von dem pfälzischen Schwurgericht zu Zweibrücken im Jahre 1912 abgeurteilten Verbrechen. Von 76 abgeurteilten Fällen waren mindestens 29 auf das Konto des Alkohols zu setzen; obenan stehen Totschlag und Körperverletzung mit Todeserfolg. Bayern steht in der Kriminalstatistik am ungünstigsten da im Deutschen Reiche und unter den bayrischen Regierungskreisen am ungünstigsten die Pfalz.

Runge (97) hielt in der Versammlung der Leiter der Trinkerfürsorge-Anstalten der Provinz Schleswig-Holstein zu Kiel einen Vortrag über die ärztliche Seite der Trinkerfürsorge. In der Kieler psychiatrischen und Nervenklinik wurden von 1901 bis 1912 etwa 1900 Personen wegen Trunksucht oder sonstiger durch übermäßigen Alkoholgenuß hervorgerufenen Störungen aufgenommen, darunter 52 Frauen. In 410 Fällen handelte es sich um Delirium tremens. Bei 60 % der Aufnahmen ließ sich chronischer Alkoholismus nachweisen. 511 Fälle von echten alkoholischen Geisteskrankheiten kamen zur Behandlung. Vorbedingungen für die erfolgreiche Bekämpfung dieser Krankheiten sind völlige Enthaltsamkeit und frühzeitiger Beginn der ärztlichen Behandlung. Je später die Behandlung einsetzt, um so aussichtsloser ist sie. Die Heilergebnisse in den Irrenanstalten sind schlecht, hauptsächlich deshalb, weil die Trinker die Anstalten in den meisten Fällen viel zu früh verlassen. Wenn sie nach kurzem Aufenthalt in der Anstalt die schwersten Erscheinungen verloren haben und Besserung geloben, werden sie meistens von den Angehörigen herausgenommen. Sie gegen den Willen ihrer Familie zurückzuhalten, ist nur möglich, wenn sie für gemeingefährlich erklärt werden können; dann aber ist gewöhnlich



jede Aussicht auf Heilung verloren. Auch die Trinkerheilstätten haben nur geringe Erfolge, weil die Zahl der verfügbaren Plätze zu gering ist und weil sie die Trinker nur auf deren Wunsch aufnehmen und solange es ihnen beliebt, behalten können. Es bleibt also ein weites Feld übrig für die soziale Liebestätigkeit, insbesondere für die Trinker-Fürsorgestellen und die abstinenten Vereine. Durch das Zusammenwirken der Ärzte und der Abstinenzvereine können viele Trinker geheilt werden.

Stegmann (111) erörtert die Grundsätze, die für die Auswahl der Alkoholkranken für die Heilstättenbehandlung in Seefrieden bei Moritzburg in Sachsen gelten. Vorbedingung ist, daß die Kranken ihr Leiden selbst erkennen, die Notwendigkeit der Behandlung einsehen und freiwillig um ihre Aufnahme bitten. Geisteskranke sind auszuschließen, ausgenommen die leichteren Fälle des angeborenen oder erworbenen Schwachsinns. Eine gewisse körperliche Rüstigkeit ist erforderlich, weil die landwirtschaftliche Beschäftigung das wichtigste Kurmittel der Heilstätte bildet. Freistellen werden nicht mehr gewährt, sondern die Selbstkosten in Höhe von 3,50 M. täglich müssen von irgendeiner Seite bezahlt werden.

c) *Korsakow*sche Psychose.

Deroitte (29) beobachtete eine *Korsakow*sche Psychose, die bei einem 50jährigen, dem Trunke ergebenen Manne nach einem Sturz auf die rechte Stirngegend auftrat. Der Kranke starb an einer Pneumonie. Die Obduktion ergab einen Erweichungsherd im rechten Stirnlappen.

d) Tabak.

Bresler (13) veröffentlicht das zweite Heft seiner „Tabacologia medicinalis, Literarische Studien über den Tabak in medizinischer Beziehung" und behandelt darin den Tabak in gewerbehygienischer Beziehung. Die Ansichten über den schädlichen Einfluß, den die Bearbeitung des Tabaks, besonders das Einatmen von Tabakstaub, auf die Arbeiter ausübt, gehen noch sehr weit auseinander. Man kann aber wohl sagen, daß die Gesundheitsschädigungen, die vom Tabak an sich beim Tabakgewerbe ausgehen, teilweise überschätzt werden. Andererseits basiert die Lehre von der gewerblichen Tabakvergiftung bis jetzt zu sehr und zu einseitig auf Statistik; es sind deshalb neue Untersuchungen mit modernen Methoden erforderlich. Pathologisch-anatomische Untersuchungen an Leichen von Verstorbenen, die sehr lange in Tabakfabriken gearbeitet haben, fehlen so gut wie gänzlich.

e) Andere Gifte.

Burr (18) beobachtete bei einer 52 jährigen Frau, die 9 Wochen lang alle 3 Stunden eine Atropinlösung in die Augen eingeträufelt hatte, eine Geistesstörung von 6 wöchiger Dauer mit Sinnestäuschungen und Erregung.

Nach *Rogues de Fursac* (95) sind die gewöhnlichen Folgen der chronischen Kohlenoxydvergiftung Kopfschmerz, Schwindel, Sensibilitätsstörungen, Anämie, Abmagerung, Schlaflosigkeit bei Nacht, Somnolenz am Tage, gastrische Störungen und Neuralgien. Weniger häufig sind trophische Störungen, Hyperästhesien, An-



ästhesie und Parästhesien, lokalisierte motorische Störungen und Amnesie. Das Vorkommen von deliranten Verwirrungszuständen und Krankheitsbildern, die der progressiven Paralyse ähneln, ist zweifelhaft. Die chronische Kohlenoxydvergiftung begünstigt die Entwickelung der Tuberkulose.

Kolossow (62) hat 12 Fälle von Ergotismus beobachtet, in denen verschiedene Geistesstörungen bestanden. Er bekam die Patienten bald nach ihrer Erkrankung in Behandlung; bei einigen entwickelte sich die Geistesstörung gleichsam unter seinen Augen. In 2 von diesen 12 Fällen bestand akute Verwirrtheit, in einem Falle deprimierte Gemütsstimmung mit Erschwerung des Denkens bei fast klarem Sensorium, im dritten das Bild von reinem Stupor, in 5 Fällen vorübergehender Erregungszustand und schließlich in einem Falle eigentümliche motorische Erregung mit Mutazismus und Verlust des Bewußtseins. Das Ergebnis seiner Beobachtungen faßt er zusammen: Geistesstörung als Komplikation des Ergotismus wird häufig beobachtet (bei ihm in 27,8 % aller Fälle). Sie kann sich ohne pathologische Heredität und ohne Alkoholismus und Syphilis in der Anamnese entwickeln. Besonders prädisponiert sind junge Individuen. Die ersten Erscheinungen der Geistesstörung können sich schon in der ersten Krankheitswoche zeigen. Je nach dem Grade der Vergiftung und des persönlichen Verhaltens eines jeden Kranken dem Gifte gegenüber kann sich die Geistesstörung in verschiedenen Formen äußern: von vorübergehendem Verlust des Bewußtseins mit Erregungserscheinungen bis zu ausgeprägter Psychose. Fälle, in denen neben der Geistesstörung epileptiforme Anfälle auftreten, verlaufen gewöhnlich schwer. Eine besondere Form von Ergotinpsychose gibt es nicht. Häufig geht die Psychose bei Ergotismus ebenso rasch vorüber, wie sie eingetreten ist. In der Mehrzahl der Fälle wird die Geistesstörung bei Ergotismus von objektiv nachweisbaren Veränderungen des Nervensystems begleitet: Herabsetzung oder Fehlen der Kniereflexe, Erweiterung, bisweilen Ungleichheit der Pupillen, Anfälle von klonischen Krämpfen, Harninkontinenz.

f) Pellagra.

Devoto (31) bespricht die Ätiologie und Klinik der Pellagra. Er unterscheidet 4 Stadien: das präpellagröse, in dem häufig, aber nicht immer, Erytheme an den von der Sonne getroffenen Hautstellen auftreten, die leichte Form, die durch entzündliche Reaktionen seitens der serösen Häute, der Gefäße, der Leber, Nieren und Lungen charakterisiert wird, die mittelschwere Form, wenn lebenswichtige Organe ergriffen werden, und die schwere Form mit irreparablen Strukturveränderungen der Organe (Sklerose des Myokardiums, chronische Nephritis, Demenz, Tabes). Ätiologisch hält er an dem Satze fest: Ohne Mais keine Pellagra. Allerdings kann nicht nur verdorbener Mais Pellagra verursachen, sondern es kann auch — was freilich äußerst selten vorkommt — ein Mensch, der sich lange und in überwiegender Menge von gesundem Mais nährt, an Pellagra erkranken. In Oberitalien ist die Häufigkeit der Pellagra in 12 Jahren um 75 % zurückgegangen.

Carbone und *Cazzamalli* (19) veröffentlichen Untersuchungen über die Ätiologie der Pellagra. Ratten können monatelang leben, ohne irgendwelche Störungen zu zeigen, bei ausschließlicher Ernährung mit gesundem Mais. Der Schimmelpilz



Aspergillus fumigatus erwies sich als pathogen, aber wenig giftig für Kaninchen. Andere Schimmelpilze waren nicht pathogen, aber toxisch. Gegen alkoholischen Extrakt aus Schimmelpilzen waren Ratten ebenso empfindlich wie Meerschweinchen. Eine Ratte, die mit Mais gefüttert wurde, der mit einem Schimmelpilz Penicillus verunreinigt war, starb nach 23 Tagen und zeigte Veränderungen der Haut, des Darmes, der Leber und der Milz.

Seppilli (107) weist darauf hin, daß Pellagra nicht selten mit Alkoholismus zusammentrifft, was durch den Aberglauben begünstigt wird, die Erscheinungen der Pellagra könnten mit Wein bekämpft werden. Er teilt die Krankengeschichte von zwei weiblichen Kranken mit, die an Symptomen von Pellagra erkrankten, ohne daß Ernährung durch Mais stattgefunden hatte, wohl aber Mißbrauch im Genuß von Wein und Spirituosen.

Malfilatre und *Devaux* (75) haben in der Irrenanstalt zu Saint-Lizier drei Kranke beobachtet, die von Seiten der Haut, des Darmes und des Nervensystems das Bild der Pellagra boten, ohne daß sie einer Ernährung mit verdorbenem Mais oder dem Sonnenbrand ausgesetzt gewesen waren. Zwei von ihnen waren tuberkulös, der dritte unterernährt und epileptisch.

Bardin (4) untersuchte an drei Fällen von Pellagra bei Negerinnen das Blut und fand während des akuten Stadiums der Krankheit eine stetig zunehmende Lymphozytose.

Derselbe Verfasser (5) bestätigt diesen Befund bei 7 andern Fällen von Pellagra bei Negern.

Lui und *Baccelli* (73) konnten in dem Blutserum von Kranken, die an Pellagra litten, Maispräzipitin nicht nachweisen.

Kleiminger (59), der 13 Fälle von Pellagra bei Geisteskranken beobachtet hat, kommt in seinen „neuen Beiträgen zur Pellagralehre" zu den Schlußsätzen: Es gibt keine Pellagra sui generis. Mangels einer einheitlichen Ätiologie können wir nur von einem pellagrösen Symptomenkomplex sprechen. Die Disposition liefern Stoffwechselstörungen. Das Wesen der Krankheit ist ein infektiöser Darmkatarrh verschiedener Art. Durch die Darmtoxine kommt mit Hilfe äußerer Reize das Erythem zustande. Durch diese Toxine werden bei längerer Dauer Nervenstörungen hervorgerufen, die nicht spezifisch sind. Für die Praxis ergibt sich aus dieser Kenntnis folgender Schluß: Eine rationelle Bekämpfung der endemischen Pellagra hat mit einer sozialen Hebung der niederen Volksschichten in den betreffenden Ländern einzusetzen, durch die auch die kleinen Leute instand gesetzt werden, genügend animalisches Eiweiß zu sich zu nehmen: Anlegung von Fischzüchtereien, Vermehrung des Viehstandes durch staatliche Maßnahmen. Durch polizeiliche Anordnungen ist dafür zu sorgen, daß nur einwandfreier Mais genossen wird. Daß die Bewohner unserer Gegenden nicht an Pellagra erkranken, liegt an dem verhältnismäßig reichlichen Fleischgenuß, der bei dem jährlich steigenden Viehbestand in Deutschland, der noch durch Kultivierung von Ödländereien gewaltigen Aufschwung verspricht, eine weitere Steigerung erwarten läßt. Die Gefahr einer Pellagraendemie in Deutschland erscheint daher nicht groß. Die Fälle in den Irrenanstalten werden sich bei rechtzeitigen prophylaktischen Maßnahmen offenbar in bescheidenen Grenzen halten lassen.

9. Anstaltswesen und Statistik.

Ref.: E. Grütter-Lüneburg.

I. Allgemeines.

1. *Alter*, *W*., Die Anfänge der Irrenfürsorge in Schlesien. Psychiatr.-neurol. Wschr. 15. Jahrg., Nr. 5, S. 57. (S. 297.)
2. *Amaldi*, *Antonini* e *Masini*, Le registrazioni e le pubblicazioni periodiche manicomiali ai fini d'una statistica metodica ed uniforme in Italia, anche a contributo del progettato Istituto internazionale per la profilassi delle malattie mentali. Rivista sperimentale di Freniatria vol. 38, fasc. IV, p. 205.
3. *Baumann*, *W*. (Essen), Die Nervenkrankenfürsorge der Stadt Essen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 15, H. 1 u. 2, S. 114. (S. 298*.)
4. *Behr*, *A*. (Stackeln), Die Livländische Landes-Heil- und Pflegeanstalt Stackeln. Heil- u. Pflegeanstalten f. psych. Kr. Carl Marhold. Halle a. S.
5. *Berliner* (Gießen), Arbeitslehrkolonie und Beobachtungsanstalt. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 70, H. 5, S. 822.
6. *Campbell*, *D*. (Dresden), Die mit der städtischen Heil- und Pflegeanstalt in Dresden verbundene Familienpflege. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. Bd. 15, H. 1—2, S. 138. (S. 301*.)
7. *Caussade* et *Marie*, *A*. (Villejuif), Deux années de fonctionnement (1909—1910) d'un service ouvert de délirants des hôpitaux (Tenon). Archiv. internat. de Neurol. no. 4, p. 205.
8. *Charon*, *R*. et *Courbon*, *P*., Quartier médico-pédagogique de l'asile de Dury-les-Amiens. L'enfance anormale no. 22, p. 653.
9. *Dees*, Beschäftigung der Kranken im Walde. Psychiatr.-neurol. Wschr. 15. Jahrg., Nr. 29, S. 337. (S. 301*.)
10. *Delavigne*, *M*., La question des Asiles-Prisons. L'Assistance, May, p. 96.
11. *Deroitte*, *V*. (Brüssel), Sur la séquestration des aliénés à domicile en Belgique. Bulletin de la Société de Médicine mentale de Belgique no. 168, p. 244.
12. *Deventer*, *I. van* (Amsterdam), L'assistance et l'inspection des



aliénés en dehors des asiles. Bulletin de la Soc. de médec. mentale de Belgique no. 169—170, p. 322.

13. *Deventer*, *van*, L'organisation de l'assistance et de l'inspection des aliénés hors des asiles. Kongreßbericht, Gent. (S. 303*.)
14. *Eisath*, *G.* (Hall in Tirol), Die Fortschritte des irrenärztlichen Heilverfahrens und die Gesetzgebung in Österreich. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. Orig. Bd. 16, H. 1 u. 2, S. 176. (S. 300*.)
15. *Ferrari*, *G. C.*, La colonisation libre des anormaux du caractère. L'enfance anormale no. 22, p. 647.
16. *Fischer*, *Max* (Wiesloch), Gesundheitsaufsicht bei Geisteskranken außerhalb der Anstalten. Halbmonatsschr. f. Soziale Hygiene u. prakt. Medizin Nr. 18 (abgedr. im Ärztl. Zentralanzeiger Nr. 37).
17. *Fischer* (Wiesloch), Die Entwicklung des Bauwesens der Irrenanstalten. Allg. Ztschr. f. Psychiatrie Bd. 70, H. 3 u. 4, S. 480.
18. *Gettings*, *H. S.*, (Wakefield) Dysentery, past and present. The Journ. of mental science nr. 247, p. 605.
19. *Hartmann*, *F.* (Graz), Referat über Kranksinnigenstatistik. Jahrbücher f. Psychiatr. u. Neurol. Bd. 34, H. 1 u. 2, S. 173.
20. *Heilbronner*, *K.* (Utrecht), Die psychiatrisch-neurologische Klinik der Reichsuniversität Utrecht. Psychiatr.-neurol. Wschr. Nr. 18, S. 211. (S. 298*.)
21. *Hermkes* (Eickelborn), Das Bewahrhaus für Geisteskranke mit gemeingefährlichen Neigungen. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätsw. 1913, I. Suppl., S. 350. (S. 299*.)
22. *Hirt*, *Hermann* (Illenau), Die Aufnahmen der Heil- und Pflegeanstalten sowie der psychiatrischen Kliniken des Großherzogtums Baden von 1826—1910. Allg. Ztschr. f. Psychiatrie Bd. 70, H. 3 u. 4, S. 598.
23. *Horstmann* (Stralsund), Die 4. pommersche Provinzial-Heilanstalt in Stralsund. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 10, S. 115. (S. 298*.)
24. *Hurd*, *H. M.* (Baltimore), Three-quarters of a century of institutional care of the insane in the U. S. The American Journ. of Insanity vol. 69, nr. 5, p. 469.
25. *Jonas*, *V.*, Der Typhus in der Großherzogl. Sächs. Heil- und Pflegeanstalt Blankenhain. Inaug.-Diss. Jena.



26. *Jones*, *E. K.*, Some problems of the institution library organizer in the State hospitals. Vortrag a. d. Versammlung amerik. Bibliothekare, Kaaterville, N. Y., Juni. (S. 303*.)
27. *Juquelier*, *P.*, Assistance aux aliénés. Cellule de sûreté et chambre d'isolement. Revue de médec. légale. Ann. 20, no. 5, p. 129.
28. *Kleefisch* (Essen), Vereinigung der Ärzte an den Privatanstalten der Rheinprovinz. Allg. Ztschr. f. Psychiatrie Nr. 1, H. 1, S. 180.
29. *Klinke*, *O.* (Lublinitz), Unsere Anstaltsweberei. Ztschr. f. Krankenanstalten H. 22.
30. *Knecht* (Neu-Ruppin), Die Entwicklung einer geordneten Irrenfürsorge in der Kurmark von ihrem Anfang bis zur Mitte des vorigen Jahrhunderts. Psychiatr.-neurol. Wschr. Nr. 21, S. 247 u. folg. (S. 297*.)
31. *Legrain* (Villejuif), Réforme du règlement de 1857 sur la service des aliénés. Arch. de Neurol. no. 1, p. 25.
32. *Lomer*, *G.* (Strelitz), Die Irrenärzte und ihre Gegner. Der Türmer, XV. Jahrg., H. 10. (S. 300*.)
33. L'Ospedale maggiore, Mailand. Rivista mensile illustrata del Ospedale maggiore di Milano Bd. I, H. 1. (S. 303*.)
34. *Lwoff* et *Sérieux*, Note sur l'organisation de l'assistance des aliénés au Maroc. Annales médico-psychol. no. 6, p. 694. (S. 302*.)
35. *Marie*, *A.*, Un manicome sur la lagune. Arch. international de Neurol. no. 2, p. 84.
36. *May*, *J. V.*, Statistical studies of the insane. American Journal of Insanity nr. 2, p. 427.
37. *Meyer*, *E.* (Königsberg), Die psychiatrische und Nervenklinik zu Königsberg. Arch. f. Psychiatr. u. Nervenkrankh. Bd. 53, H. 2, S. 673. (S. 298*.)
38. *Moeli*, *C.* (Berlin), Die Beiratstelle als Form für aus Anstalten entlassene Geisteskranke. Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung, herausgeg. v. d. Medizinalabt. des Ministeriums d. I. Bd. 2, H. 2, S. 71. (S. 300*.)
39. *Mönkemöller*, *O.* (Hildesheim), Die Irrenpflege in Hannover zur Franzosenzeit. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 51, S. 601. (S. 301*.)
40. *Morel*, *Jules*, Manuel des gardes malades, y-compris les soins à donner dans les maladies mentales. 2e édition. Bruxelles, Lamertin. 400 S.



41. *Müller, I.* (Andernach), Epidemologische und bakteriologische Beobachtungen bei Typhuserkrankungen in Irrenanstalten. Ztschr. f. Hyg. Bd. 74, H. 1.

42. *Page, C. W.*, Dr. *Eli Todd* and the Hartford retreat. The American Journal of Insanity vol. 69, nr. 4, p. 761.

43. *Peretti, Jos.* (Düsseldorf-Grafenberg), Die freie Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsortes. Psychiatr.-neurol. Wschr. Jahrg. 15, Nr. 35—37. (S. 300*.)

44. *Plaseller, Fr.*, Die in den Jahren 1888—1904 (bzw. 1911) in der Landes-Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke in Hall i. Tirol Verstorbenen und deren Todesursachen. Arch. f. Psychiatrie Bd. 51, H. 2, S. 387. (S. 300*.)

45. *Reid, D. Mck.* (Epsom), On the bacteriology of asylum dysentery in England. The Journal of mental science nr. 247, p. 621. (S. 303*.)

46. *Remond* (Toulouse), Le service de la clinique des maladies mentales à la faculté de Toulouse. Ann. médico-psychol. 71, no. 2, p. 230.

47. *Rittershaus, E.* (Hamburg), Irrsinn und Presse. 245 S. Verlag G. Fischer, Jena. 5 M. (S. 300*.)

48. *Rodiet, A.* (Dun-sur-Auron), Des inconvénients, imperfections et dangers des colonies familiales d'aliénés. Annales médico-psycholog. 71 ann., no. 4, p. 432. (S. 302*.)

49. *Rodiet, A.*, De la division des services à la colonie familiale de Dun-sur-Auron. Archives internat. de Neurol. no. 3, p. 153.

50. *Römer* (Illenau), Zur Methode der Irrenstatistik (Autorreferat über den Breslauer Vortrag). Psychiatr.-neurol. Wschr. Nr. 27, S. 321. (S. 300*.)

51. *Roesen, L.* (Landsberg a. W.), Die Entwicklung der Familienpflege an der Brandenburgischen Landesirrenanstalt Landsberg a. W. und ihr weiterer Ausbau. Allg. Ztschr. f. Psychiatrie Bd. 70, H. 5, S. 761.

52. *Rougé, C.* et *F.*, Rapport médical de l'asile d'aliénés de Limoux pour l'année 1912. Limoux, Talames. 20 p.

53. *Rybakow, Th.* (Moskau), Die Psychiatrische Klinik zu Moskau während 25 Jahre. Arbeiten aus der Psychiatr. Klinik zu Moskau Nr. 1, S. 1. (Russisch.)



54. *Ryon*, *W. G.* (Menauds, N. Y.), Provisions for the care of the insane pending committment in New York State. State hospital bulletin, August 1913. (S. 303*.)

55. *Ryon*, *W. G.*, Some suggestions regarding the improvement of the medical service and the care and treatment of the insane. American Journal of Insanity vol. 70, nr. 2, p. 497.

56. Gesetz über die Anstaltsfürsorge an Geisteskranken vom 12. November 1912. (Abdruck aus dem Gesetz- und Verordnungsblatt für das Königreich Sachsen, Jahrg. 1912, S. 483.) Psychol.-neurol. Wschr. Nr. 34, S. 417. (S. 299*.)

57. *Saiz*, *G.*, Streik des Pflege- und Dienstpersonals an der städt. Heil- und Pflegeanstalt Triest. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 5, 1913. (S. 301.)

58. *Schaefer*, *F.* (Lengerich), Die Unterbringung der geisteskranken Verbrecher. Psychiatr.-neurol. Wschr. Jahrg. 14, Nr. 52. (S. 299*.)

59. *Schlöß*, *H.* (Wien), Referat über die Änderung des offiziellen Diagnosenschemas für die statistischen Berichte der Irrenanstalten in Österreich. Jahrbücher f. Psychiatrie u. Neurol. Bd. 34, H. 1 u. 2, S. 152.

60. *Schubart* (Dresden), Das freie Aufnahmeverfahren in öffentlichen Irrenanstalten. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 15, H. 1 u. 2, S. 89. (S. 298*.)

61. *Sérieux*, *P.* et *Libert*, *L.*, Le régime des aliénés en France au XVIII[e] siècle. Bulletin de la Soc. de méd. mentale de Belgique no. 169—170, p. 345. (S. 302*.)

62. *Starlinger* (Mauer-Oehling), Über die zweckmäßige Größe der Anstalten für Geisteskranke. Psychiatr.-neurol. Wschr. 15. Jhrg., Nr. 12, S. 143. (S. 297*.)

63. *Stemmer*, *W.* (Illenau), Zur Geschichte des Waisen-, Toll- und Krankenhauses sowie Zucht- und Arbeitshauses in Pforzheim. Allg. Ztschr. f. Psychiatrie Bd. 70, H. 3 u. 4, S. 432.

64. *Stepp*, *Theodor*, Über Typhusträger in der Pfälzischen Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster. Inaug.-Diss. Heidelberg.

65. *Swift*, *M.*, Insanity and race. American Journ. of Insanity Bd. 70, Nr. 1. (S. 303*.)

66. *Tamburini*, *A.* e *Mongeri*, *L.*, Sulle condizioni morali ed economiche



dei medici e degli infermieri dei manicomi pubblici e privati. Rivista sperimentale di Freniatria vol. 38, fasc. 4, p. 191.

67. *Thumm*, *K.* (Berlin), Über Anstalts- und Hauskläranlagen. Berlin. Aug. Hirschwald. 88 S. 2,60 M.

68. *Toulouse*, *M. R.* (Villejuif), Les réformes dans les asiles de la Seine. Revue de Psychiatrie et de Psychol. expérim. no. 11, p. 441. (S. 301*.)

69. *Vocke* (Eglfing), Bericht der statistischen Kommission des Deutschen Vereins für Psychiatrie. Psychiatr.-neurol. Wschr. Nr. 1, S. 1. (S. 299*.)

70. *Vocke* (Eglfing), Über den Bau von öffentlichen Anstalten für Geisteskranke in alter und neuer Zeit. Ztschr. f. Krankenanstalten Bd. 9, Nr. 41, S. 666.

71. *Werner*, *G.* (Bedburg), Über die innere Einrichtung der Anstalt Bedburg. Psychiatr.-neurol. Wschr. Nr. 2, S. 17, Nr. 3. S. 35. (S. 298*.)

72. *Weygandt*, *W.* (Hamburg-Friedrichsberg), Eindrücke von den Kongressen in London und Gent und von Anstaltsbesichtigungen in Großbritannien und Belgien. Psychiatr.-neurol. Wschr. 15. Jahrg. Nr. 38. (S. 298*.)

73. *White*, *W. A.*, Government hospitals for the insane. Washington D. C. Bulletin nr. 5.

74. *Wickel*, *Karl* (Dziekanka), Fortschritte im Bau und in der Einrichtung der Anstalten für psychisch Kranke. Allg. Ztschr. f. Psychiatr. Bd. 70, H. 6, S. 957.

Alter (1) schildert die Anfänge der Irrenpflege in Schlesien, die sich in ähnlicher Weise entwickelt hat wie in anderen Provinzen Preußens. Genannt werden besonders die Anstalten in Breslau, Brieg und Leubus, in denen sich die bescheidenen Anfänge schlesischer Irrenfürsorge abgespielt haben. In den achtziger Jahren des 18. Jahrhunderts begann in Schlesien die ärztliche Behandlung der Geisteskranken.

In ähnlicher Weise wie *Alter* für Schlesien beschreibt *Knecht* (30) die Entwicklung der Irrenfürsorge in der Kurmark. Seine Ausführungen beziehen sich vorzugsweise auf die Anstalt Neu-Ruppin, die Ausgangs des 18. Jahrhunderts errichtet war und in der humanen Art der Unterbringung und Verpflegung der Geisteskranken einen wesentlichen Fortschritt gegen die früheren durchaus mangelhaften und traurigen Verhältnisse mit sich brachte.

In längeren Ausführungen untersucht *Starlinger* (62) die Frage über die zweckmäßige Größe der Anstalten für Geisteskranke. Nach ihm haben sich die großen



Anstalten (über 1000 Kranke) nicht bewährt; ganz zu verwerfen sind die „Mammutanstalten", auch die modernen Zwillingsanstalten bieten ärztliche Vorteile gegenüber einzelnen und gleichgroßen keineswegs.

Im Juli 1913 ist die psychiatrische und Nervenklinik zu Königsberg eröffnet worden, die *Meyer* (37) beschreibt. Sie lehnt sich in ihren Plänen an die psychiatrische Klinik in Breslau an, ist für 80 Betten bestimmt und hat einen Aufwand von 980 000 M. erfordert. Grundrisse und einige Abbildungen sind beigefügt.

Baumann (3) beschreibt das erste städtische Nervensanatorium Deutschlands, das bei Essen auf der Grundlage einer privaten Stiftung errichtet, durch die Stadt unterhalten wird. Es bietet Platz für 30 Personen des gebildeten und erwerbstätigen Mittelstandes, alle Arten nervöser Erkrankungen werden behandelt.

Schubart (60) zeigt an dem Beispiel Dresdens, daß ein freies Aufnahmeverfahren durchaus im Interesse der Geisteskranken wie der Allgemeinheit liegt. So besteht in Dresden die Möglichkeit, Geisteskranke in ähnlicher Weise aufzunehmen, wie es in den allgemeinen Krankenhäusern geschieht. Mißstände haben sich nicht ergeben. Nur etwa 20% der Aufnahmen werden zwangsweise eingeliefert. Jedenfalls ist es in Dresden in weitem Umfange und ohne Zeitverlust möglich, einem Geisteskranken die erforderliche Anstaltsbehandlung zuteil werden zu lassen, ohne daß das freie Aufnahmeverfahren etwa weniger Sicherheit gegen ungerechtfertigte Internierung in einer Irrenanstalt als das allgemein übliche Verfahren an Staatsirrenanstalten böte. Besonders bei Trinkern und Krampfkranken bewährt sich das freie Aufnahmeverfahren.

Werner (71) gibt eine genauere Beschreibung der inneren Einrichtungen an der Anstalt Bedburg.

Heilbronner (20) beschreibt die neue Utrechter Klinik, deren Errichtung ihm nach mehrjährigem Bemühen gelungen ist und die nach modernen Grundsätzen in Anpassung an die besondere Umgebung gebaut ist. Pläne sind beigefügt.

Horstmann (23) schildert die neue pommersche Anstalt Stralsund, deren erste Bauperiode (bisher Platz für 278 Männer, 171 Frauen und 50 im Verwahrungshause) im Juni 1912 abgeschlossen wurde. Die Anstalt ist nach ihrer Fertigstellung für 1000 Kranke III. Klasse und 50 besonders gefährliche und kriminelle Geisteskranke bestimmt. Areal 400 Morgen, 2 km von Stralsund, Fernwarmwasserheizung, elektrisches Licht. Besonders reichlich Liegeplätze für Bettbehandlung und Wannen für Dauerbäder. Nischenklosetts. Beobachtungsmöglichkeit dreier Liegesäle und eines Dauerbades durch eine Person von einem panoptischen Punkt aus. Einige Zellen neben Dauerbad für den Notfall. Das Pflegepersonal schläft allein, eigene Badezimmer, zum Teil auch eigene Eßzimmer. Verwahrungshaus mit 4½ m hoher Betonmauer, starken Zellen, Gittern, Alarmtüren, Alarmsignalen. Verhältnis des Pflegepersonals zu Kranken 1 : 7, bei den Kriminellen 1 : 2. Am 1. April 1914 beginnt der erste Erweiterungsbau, und zwar im Interesse der Konzentrierung und des ärztlichen Dienstes mit Errichtung besonders großer Krankenhäuser nach dem Muster von Haar.

Über seine Eindrücke beim Besuch der Kongresse in London und Gent und von Anstaltsbesichtigungen in Großbritannien und Belgien berichtet *Weygandt* (72).

In einzelnen englischen Anstalten tritt die Bettbehandlung zurück hinter der Form der Isolierung (Gummizelle) einerseits und der Unterbringung der angekleideten Kranken in Gesellschaftsräumen andrerseits. Die Anstalt in Cardiff stellt das Extrem einer Entwicklung dar, die wir in Deutschland noch in den Anfängen sehen, das Zusammenlegen mehrerer kleiner Pavillons in größere Gebäude. Die innere Einrichtung der Anstalten ist hygienisch und komfortabel. Auf 10 Kranke eine Pflegeperson. Die Einrichtung der Räume für das Pflegepersonal luxuriös. Das Broadmor Criminal Lunatic Asylum ist für 800 kriminelle Geisteskranke eingerichtet. 1 Frau auf 2,6 Männer, 90% der Frauen sind Kindsmörderinnen. Dauerbäder in den englischen Anstalten nicht so ausgiebig wie bei uns, ausgedehnte Freiluftbehandlung. Reinlichkeit und hygienische Einrichtung sind in England musterhaft, ebenso die Fürsorge für das vortreffliche Pflegepersonal. — Kurze Schilderung der belgischen Irrenkolonie Gheel.

Schaefer (58) legt kurz die Gründe dar, weshalb man das Problem der Unterbringung der geisteskranken Verbrecher anders ansehen kann, als es die Mehrzahl der Psychiater heutzutage tut, und kommt zu dem Schluß, daß vielleicht auch andere Wege zu einem befriedigenden Resultate führen, als bisher vorgeschlagen. Besonders sollte der Staat die Provinzen bei dem Bau der Bewahrhäuser finanziell unterstützen. Eine Teilung der Fürsorge in eine solche für gemeingefährliche und kriminelle Kranke und nichtkriminelle würde schädlich sein.

Hermkes (21) kommt in seinen Ausführungen zu folgenden Schlüssen: 1. Das mit der allgemeinen Irrenanstalt verbundene Bewahrhaus für Geisteskranke mit gemeingefährlichen Neigungen soll ausschließlich für Kranke bestimmt sein, die in ihrem eigenen Interesse anstaltspflegebedürftig sind, die aber wegen ihrer gefährlichen Eigenschaften einer festen Bewahrung bedürfen. 2. Strafgefangene Geisteskranke sollen möglichst schnell in psychiatrischen Strafanstaltsadnexen Aufnahme finden; den allgemeinen Irrenanstalten sollen sie erst dann überwiesen werden, wenn der Strafvollzug beendet oder wegen unheilbarer Geisteskrankheit aufgehoben ist und die Kranken selbst in ihrem eigenen Interesse anstaltspflegebedürftig sind. 3. Die nicht ausgesprochen geisteskranken Psychopathen, welche im Interesse der öffentlichen Sicherheit und Ordnung nicht in Freiheit gelassen werden können, gehören nicht in die allgemeinen Irrenanstalten, sondern in andere Anstalten, etwa in entsprechend eingerichtete Arbeits- bzw. Korrektionshäuser.

Im Königreich Sachsen regelt das Gesetz über die Anstaltsfürsorge (56) vom 12. Nov. 1912 das Verhältnis der Landesirrenanstalten zu den Ortsarmenverbänden und Gemeinden. Zur Aufnahme ist ein Gutachten eines staatlich approbierten Arztes erforderlich; die Aufnahme wird beantragt von den Gemeinden und Ortsarmenverbänden; die Entscheidung über die Aufnahme trifft die Anstaltsdirektion, eine Ablehnung hat sie zu begründen. Über die Beschwerden hingegen befindet die für den Ortsarmenverband oder die Gemeinde zuständige Kreishauptmannschaft.

Die vom Deutschen Verein für Psychiatrie auf der Versammlung in Kiel gewählte statistische Kommission hat, wie *Vocke* (69) berichtet, Vorschläge an den Vereinsvorstand vereinbart, nach denen durch Fortfall überflüssiger Punkte die



Statistik vereinfacht und dadurch ein detailliertes Diagnosenschema aufgenommen werden kann. Eine entsprechende Einteilung von Krankheitsformen wird mitgeteilt, es wird die zunächst provisorische Einführung empfohlen zur Erprobung der praktischen Verwendbarkeit.

Römer (50) untersucht die Frage, worin heute eigentlich noch die wissenschaftliche Aufgabe einer zeitgemäßen Reichs-Irrenstatistik zu erblicken ist. Nach ihm bildet den Hauptgegenstand einer allgemeinen Statistik die Erfassung der demographischen Verhältnisse der Anstalten und Kliniken. Von einer solchen Statistik darf als wissenschaftlicher Gewinn die fortschreitende Vertiefung unseres Wissens über die allgemeinen, speziell die sozialen Ursachen der Geisteskrankheiten erwartet werden. Zur Einrichtung einer solchen geeigneten Reichsirrenstatistik werden Vorschläge gemacht.

Lomer (32) beschäftigt sich mit den Angriffen, die von Laien gegen die Irrenärzte seit langer Zeit unternommen wurden und bringt Vorschläge zur Abhilfe einiger wirklich bestehender Mißstände bei Aufnahme und Entlassung, Entmündigung Geisteskranker usw. Zur Aufklärung des Publikums wird besonders Aufklärung der Massen auf breitester Basis empfohlen.

Ein außerordentlich verdienstliches Buch ist das von *Rittershaus* (47) über „Irrsinn und Presse". Er hat alle Meldungen der Hamburger Presse im Lauf eines Jahres gesammelt und kritisch besprochen, die auf irgendwelche psychiatrische Fragen Bezug hatten. Daraus ist nun ein sehr buntes, aber instruktives Bild entstanden, das besonders der Presse selbst zeigt, welchen Einfluß sie auf die Beurteilung dieser Dinge durch das große Publikum hat und welchen Nutzen es allen Beteiligten bringen würde, wenn die Berichterstattung darüber in verständige sachliche Wege geleitet würde.

Moeli (38) empfiehlt die Beiratstelle als Form der Fürsorge für aus Anstalten entlassene Geisteskranke, wie sie seit etwa einem Jahre in Berlin für den Bezirk der Anstalt Herzberge eingerichtet ist. Sie bietet nicht nur den der Beiratstelle überwiesenen entlassenen Kranken besonders in bezug auf Versorgung, Anleitung, Beschäftigung Gutes, sondern sie setzt auch in Stand, die Mitarbeit nichtärztlicher, von Verständnis für die Aufgabe erfüllter Persönlichkeiten zu gewinnen.

Peretti (43) nimmt in mehreren Gutachten Stellung zu der Frage der freien Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsortes. Bei dem Mangel an Literatur über diese Materie werden diese Fälle und die daran geknüpften Betrachtungen und Folgerungen, die zu den Entscheidungen des Bundesamtes für Heimatwesen in Beziehung gesetzt werden, für den Psychiater von Interesse und Wichtigkeit sein.

Eisath (14) protestiert in längeren Ausführungen gegen einzelne Paragraphen des neuen österreichischen Irrengesetzes, besonders gegen die richterliche Konstatierung des Geisteszustandes von in die Anstalt Einzuliefernden und zu Entmündigenden, Eingriffe, die schwere Gefahren für die Kranken bedeuten können und die geeignet sind, die Bewertung der ärztlichen Tätigkeit und den Charakter der Irrenanstalten als Krankenhäuser herabzusetzen.

Plaseller (44) teilt Krankengeschichten und Sektionsprotokolle über die von 1888—1904 (bzw. 1911) in der Anstalt Hall in Tirol Verstorbenen mit. Lungen-



entzündung war in 32,76 %, Tuberkulose in 23,74 %, maligne Tumoren in 3,63 %, Dysenterie in 1,67 %, Typhus in 1,53 %, Suffocatio in 1,39 %, Suizid in 1,25 % der Todesfälle Todesursache.

Campbell (6) gibt eine Übersicht über die Familienpflege der Stadt Dresden, die im Jahre 1904 begonnen wurde. Die Zahl der Familienpfleglinge, die größtenteils in einem kleineren Städtchen in der Nähe Dresdens untergebracht wurden, ist von 34 auf 74 Kranke im Jahre 1912 angewachsen. Die Erfahrungen mit der Familienpflege sind sehr gut, die größte Zahl der in Familienpflege untergebrachten Gruppen gehört zur Gruppe des angeborenen Schwachsinns; die günstige Wirkung äußert sich sowohl in der Besserung der gesteigerten Erregbarkeit einerseits als der abnormen Stumpfheit andererseits. Die zweitgrößte Gruppe bilden die chronisch Geisteskranken, besonders die an Endzuständen der Dementia praecox leidenden Kranken. Bei den Psychopathen, Degenerierten ist der Erfolg häufig zweifelhaft. Bei Epileptischen wurde die Familienpflege nur wenig angewandt. In der Familienpflege ist eine wertvolle Bereicherung der psychiatrischen Behandlungsmethoden zu erblicken.

Wie *Dees* (9) berichtet, hat er gute Erfahrungen mit der Beschäftigung der Kranken im Walde gemacht, die er deshalb warm empfiehlt.

Über einen Streik des Pflege- und Dienstpersonals an der städtischen Heil- und Pflegeanstalt Triest berichtet *Saiz* (57). Der Streik, dem sich fast das gesamte Pflege- und Dienstpersonal der Anstalt anschloß, wurde dadurch zugunsten der Anstalt entschieden, daß die Ärzte und Oberwärter im Verein mit wenigen dem Streik ferngebliebenen Pflegern die Pflegedienste auf den einzelnen Abteilungen versahen.

Interessante Ausführungen über den Stand der Irrenpflege in Hannover zur Franzosenzeit, die sich an seine früheren Schilderungen des Zucht- und Tollhauses Celle anschließen, macht *Mönkemöller* (39). Von besonderem Interesse ist ein ärztliches Gutachten über den Geisteszustand einer kriminellen Frau aus jener Zeit, aus dem zu ersehen ist, daß die Psychiater jener Tage auf Grund ihrer praktischen Erfahrung und ihrer Menschenkenntnis zu durchaus logischen Ergebnissen kamen, die unserer modernen Psychiatrie keine Unehre machen würden.

Toulouse (68) berichtet unter Erwähnung der noch bestehenden Mängel über die von ihm durchgesetzten Reformen der Seine-Irrenanstalten. Vieles bleibt zu tun. In 10 Jahren sind die Ausgaben um etwa 45 % gestiegen, während die allgemeine Bevölkerung nur um 13 % zugenommen hat. Die Folge ist eine zu große Anhäufung der Kranken. In Villejuif z. B. leben 100 erregte Kranke in einem Saal zusammen. Oft sind die Höfe eng. Für die Unterhaltung der Kranken geschieht fast nichts. Die therapeutischen Hilfsmittel sind noch im Entwicklungsstadium. Ein Zentrallaboratorium fehlt. Vielfach scheut man Ausgaben, weil man fälschlicherweise die Geisteskrankheiten für unheilbar hält. Und doch wurden 1911 13 % der behandelten Kranken geheilt oder gebessert entlassen, eine Zahl, die noch steigerungsfähig ist. — Auf Veranlassung des Verf. ist ein psychologisches Laboratorium geschaffen worden. Verf. hat mit *Richet* die bekannte Behandlung der Epilepsie eingeführt. Ferner schuf Verf. die Behandlung der Geisteskranken mit subkutanen Sauerstoffinjektionen, die Ernährung melancholischer und erregter Kranken



mit fortgesetzten Zuckergaben von 100—200—300 g, die Bettbehandlung der neu aufgenommenen Fälle mit Unterbrechung von einigen Stunden täglich (um Synkope zu vermeiden). Er führte weiter ein: die genaueste Untersuchung der aufgenommenen Kranken, die schriftliche Berichterstattung des Pflegepersonals an der Hand eines Fragebogens, die Ausschmückung der Säle, die Verbesserung des Mobiliars, die Überwachungsstation, die materielle Besserstellung von Personal und Ärzten, die Entsendung von Ärzten zu Studienzwecken ins Ausland. — Vorschläge: die Schaffung einer großen Kolonie für 5000—10 000 Kranke in der Nähe von Paris, wohin die Anstalten ihre chronischen Fälle abgeben könnten, so daß sie sich besser der akuten Fälle annehmen könnten. Die chronischen Fälle kosten zu viel, für die akuten wird zu wenig getan. Errichtung eines Lehrstuhls für die chirurgische Behandlung der Geisteskranken. Ausstattung der Anstalten mit einem Laboratorium. *Ganter.*

Rodiet (48), Direktor der Kolonie Dun-sur-Auron (für geisteskranke Frauen), bespricht auf Grund seiner Erfahrung einige Mängel und Gefahren der kolonialen Verpflegung. Nicht geeignet sind Verfolgungswahnsinnige mit Halluzinationen, Fälle von moral insanity, Maniakalische, Alkoholikerinnen, nur bedingt geeignet junge Schwachsinnige. Unangenehm ist, daß der Briefverkehr nicht so gut wie in der Anstalt überwacht werden kann. In 3 Jahren kamen 6 Entweichungen vor. Manche Familien wollen an den Kranken Ersparnisse machen. Für gute Behandlung werden kleine Prämien von 5—20 Fr. gewährt. Besondere Unglücksfälle sind nicht vorgekommen. Auf 1000 Kranke entfallen 6 Ärzte. Auf den Arzt kommen 20—25 Besuche im Tag. *Ganter.*

Lwoff und *Sérieux* (34) erhielten 1910 den Auftrag, das Irrenwesen in Marokko zu studieren und zu reformieren. Die Geisteskranken in Marokko sind — entgegen der Legende, die Muselmänner sehen in den Geisteskranken Heilige — in den Gefängnissen untergebracht, die weniger gefährlichen in den Moristans, die sich nicht viel von den Gefängnissen unterscheiden. In diesen werden sie angekettet. Die Mehrzahl indessen treibt sich frei herum. Die Verf. schlagen vor, zunächst die Moristans etwas zu modernisieren und unter ärztliche Leitung zu stellen. Die in der Freiheit lebenden Geisteskranken sollten ärztlich überwacht werden. Für die Europäer ist zunächst ein Pavillon von 50—100 Betten zu errichten. Auch die Krankenhäuser in den größeren Städten sollten einige Geisteskranke aufnehmen können. *Ganter.*

Sérieux und *Libert* (61) weisen auf Grund ihrer archivalischen Studien nach, daß in Frankreich schon im 18. Jahrhundert bestimmte gesetzliche Vorschriften über die Aufnahme und Entlassung von Geisteskranken bestanden, die vielfach in das Gesetz von 1838 herübergenommen wurden. Der Kranke konnte nur auf Grund des Ordre du roi (lettre de cachet) aufgenommen werden, und ehe ein solcher erging, wurden Erhebungen angestellt. Besonders die Brüder vom hl. Johannes von Gott beschäftigten sich mit der Pflege Geisteskranker. Sie besaßen 32 Spitäler im Jahre 1790. Die Irrenhäuser wurden öfters revidiert. Der Obere mußte über alle Vorkommnisse berichten, er überwachte den Briefverkehr, die Besuche und dergleichen. Das Spital hatte verschiedene Abteilungen, je nachdem die Kranken für einen mehr

oder weniger freien Verkehr geeignet waren. Aufgeregte Kranke kamen in den cachot, ein etwas stärkeres Zimmer, als die andern es waren. Was die ärztliche Tätigkeit betrifft, von der wir nirgends etwas zu hören bekommen, so meinen die Verf., unter den Brüdern seien selbst Ärzte gewesen. *Ganter.*

Van Deventer (13) berichtet vom 3. intern. psychiatr.-neurol. Kongreß in Gent, 20.—26. August. Schon seit 1854 besteht in den Niederlanden eine staatliche Aufsicht über die in der Freiheit lebenden Geisteskranken, die Idioten und Imbezillen mit eingeschlossen. Die Bürgermeister führen eine Liste der in ihrer Gemeinde sich befindenden Kranken, die alljährlich dem Inspektor des Irrenwesens mit entsprechenden Berichten eingereicht wird. 1912 wurden auf diese Weise 3478 Geisteskranke gezählt, natürlich sind es viel mehr, für ganz Holland schätzungsweise 22 522. An der Aufsicht über die Kranken sind auch Pflegepersonen beteiligt, denen ein bestimmter Stadtteil zugeteilt ist. Auch die Ärzte wirken mit. *Ganter.*

Auf Grund seiner statistischen Untersuchungen fand *Swift* (65), daß in Massachusetts die Zahl der Geisteskranken unter der zugewanderten Bevölkerung relativ größer ist als unter der einheimischen. Außer Vererbung, Alkohol und Syphilis ist also auch die Einwanderung schuld an der Überfüllung der amerikanischen Irrenanstalten. *Ganter.*

Nach *Ryons* (54) Ausführungen werden nur in etwas über der Hälfte der Bezirke des Staates New York die Geisteskranken, gegen die ein Strafverfahren schwebt, in entsprechenderWeise untergebracht. Verf. schlägt vor, in den Bezirken besondere Pavillons zu dem genannten Zwecke zu errichten. In größeren Städten könnten besondere Aufnahmestationen an den Krankenhäusern geschaffen werden. *Ganter.*

Aus dem von *Jones* (26) gehaltenen Vortrag ist zu ersehen, daß in Amerika viel Wert auf die Unterhaltungsliteratur der Kranken (und des Pflegepersonals) gelegt wird. 3 oder 4 Anstalten haben sogar allezeit offene besondere Bibliotheksgebäude. *Ganter.*

L'Ospedale maggiore (33) ist eine illustrierte Monatsschrift für die Geschichte, Verwaltung, Bautechnik und Hygiene mit Beziehung auf den Hospitaldienst im allgemeinen und den des Ospedale maggiore zu Mailand im besonderen. (Die Zeitschrift bringt auch interessante Krankengeschichten.) Leitung: *Boni*, Chefarzt, *Gaggi*, Generalsekretär, *Rolla*, Bibliothekar. *Ganter.*

Reid (45) folgert auf Grund eingehender Untersuchungen, daß die Mannit vergährenden Stämme der Dysenteriebazillen die Ursache der in den Anstalten Englands herrschenden Dysenterie sind. Diese Stämme sind nicht mit den bisher bekannten identisch, doch haben die von verschiedenen Anstalten gezüchteten dieselben kulturellen Eigenschaften. Es ist wahrscheinlich, daß ein aus einer Anzahl dieser Stämme hergestelltes Immunserum einen besonderen therapeutischen Wert besitzen würde. *Ganter.*

II. Anstaltsberichte.

75. Alsterdorfer Anstalten in Hamburg-Alsterdorf. Bericht für 1912. Dir.: Oberarzt Dr. *Kellner*. (S. 323*.)



76. Badische Irrenanstalten. Berichte der Psychiatr. u. Nervenkliniken zu Heidelberg und Freiburg i. B., der Heil- u. Pflegeanstalten Illenau, Pforzheim, Emmendingen und Wiesloch für 1911 u. 1912. Mitgeteilt vom Großherzogl. Badischen Ministerium d. I. (S. 340*.)
77. Bamberg, St. Getreu. Städt. Heil- und Pflegeanstalt. Jahresber. für 1911, 1912 u. 1913. Dir.: Dr. *Amandus Bott*. (S. 336*.)
78. Bayreuth, Oberfränkische Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1912. Dir.: Dr. *Hock*. (S. 335*.)
79. Beelitz (Mark), „Wilh.-Aug.-Viktoria-Stiftung". Israelitische Erziehungsanstalt für geistig zurückgebliebene Kinder. Vereinsberichte 1909—1912. (S. 315*.)
80. Bergmannswohl, Unfall-Nervenheilanstalt der Knappsch.-B.-G. Schkeuditz (Bez. Halle a. S.). Bericht für 1912. Chefarzt: Dr. *Quensel*. (S. 331.)
81. Berlin. Bericht der Deputation für die Städtische Irrenpflege. Berichte über die Anstalten Dalldorf, Herzberge, Buch und Wuhlgarten. Verw.-Bericht des Magistrats zu Berlin. Etatsjahr 1912. (S. 313*.)
82. Blankenhain i. Thür., Carl-Friedrich-Hospital. Großherzogl. Sächs. Landes-Irrenheil- und Pflegeanstalt mit Siechenabteilung. Bericht für 1908—1912. Dir.: Dr. *Lüderitz*. (S. 335*.)
83. Brandenburgischer Hilfsverein für Geisteskranke zu Eberswalde. 39. Jahresbericht f. d. Geschäftsj. 1912. (S. 313*.)
84. Brandenburgischer Provinzialausschuß. Berichte über die Anstalten Eberswalde, Sorau, Landsberg, Neuruppin, Teupitz, Wittstock, Lübben, Wilhelmsstift usw. Auszug aus dem Verwaltungsbericht vom 10. Feb. 1913. (S. 312*.)
85. Breslau, Städtische Heilanstalt für Nerven- und Gemütskranke. Bericht für 1912. Dir.: San.-Rat Dr. *Hahn*. (S. 315*.)
86. Brieg, Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1912. Dir.: San.-Rat Dr. *Petersen*. (S. 315*.)
87. Brünn, Mährische Landesirrenanstalt. Bericht für 1912. Dir.: Med.-Rat Dr. *Hellwig*. (S. 348*.)
88. Bunzlau, Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1912. Dir.: San.-Rat Dr. *Neisser*. (S. 316*.)



89. **Burghölzli** (Zürich), Kantonale Irrenanstalt. Bericht für 1912. Dir.: Prof. Dr. *Bleuler*. (S. 349*.)
90. **Cery**, Rapport annuel de l'asile de Cery. 1912. (S. 353*.)
91. **Conradstein**, Westpreußische Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1912. Dir.: Dr. *Braune*. (S. 310*.)
92. **Dresden**, Heil- und Pflegeanstalt. Aus dem Verwaltungsbericht des Rates der Königl. Haupt- und Residenzstadt Dresden auf die Jahre 1911 und 1912. (S. 334*.)
93. **Eglfing** bei München, Oberbayerische Heil- und Pflegeanstalt. Bericht über das Jahr 1912. Dir.: Med.-Rat Dr. *Vocke*. (S. 336*.)
94. **Eichberg** im Rheingau. Landes-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1912/13. Dir.: Dr. *Wachsmuth*. (S. 327*.)
95. **Ellen** (Bremen), St. Jürgen-Asyl für Geistes- und Nervenkranke. Bericht für 1912. Dir.: San.-Rat Dr. *Delbrück*. (S. 324*.)
96. **Ellikon** a. d. Thur (Zürich), Trinkerheilstätte. Bericht für 1912. (S. 349*.)
97. **Freiburg** i. Schles., Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1912. Dir.: San.-Rat Dr. *Buttenberg*. (S. 316*.)
98. **Friedmatt** (Basel), Kantonale Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1912. Dir.: Prof. Dr. *G. Wolff*. (S. 350*.)
99. **Gabersee**, Oberbayerische Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1912. Dir.: Kgl. Med.-Rat Dr. *Dees*. (S. 337*.)
100. **Gehlsheim** b. Rostock. Großherzogl. Mecklenburgische Irren-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1912. Dir.: Geh. Med.-Rat Dr. *Schuchardt*. (S. 322*.)
101. **Göttingen**, Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1912/13. Dir.: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. *E. Schultze*. (S. 319*.)
102. **Haar** b. München, Oberbayerische Heil- und Pflegeanstalt. Bericht 1912. Dir.: Dr. *Blachian*. (S. 337*.)
103. **Hall** i. Tirol, Landes-Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke. Bericht für die Jahre 1905—1911. Dir.: K. K. San.-Rat Dr. *Offer*. (S. 347*.)
104. **Hamburg**. Die Irrenanstalten Friedrichsberg (Dir.: Prof. Dr. *Weygandt*) und Langenhorn (Dir.: Prof. Dr. *Neuberger*). Aus dem Jahresbericht des Krankenhauskollegiums für das Jahr 1912. (S. 323*, 324*.)



105. Hannover, Provinz; Krankenbewegungstabelle der Heil- und Pflegeanstalten für das Rechnungsjahr 1912. (S. 319*.)
106. „Haus Schönow", Zehlendorf-Berlin, Heilstätte für Nervenkranke. Bericht für 1912. Dir.: Prof. Dr. *M. Laehr.* (S. 314*.)
107. Herborn, Landes-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1912. Dir.: San.-Rat Dr. *R. Snell.* (S. 328*.)
108. Hessen (Großherzogt.); Hilfsverein für die Geisteskranken in Hessen. Bericht für 1912. (S. 328*.)
109. Hildesheim, Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1912/13. Dir.: Geh. San.-Rat Dr. *Gerstenberg.* (S. 320*.)
110. Hördt; Bericht der gemeinsamen Irrenanstalt für 1912/13. Dir.: Dr. *Haberkant.* (S. 345*.)
111. Isenwald bei Gifhorn (Hann.); Stift für Alkoholkranke. Bericht für 1911/12. (S. 322*.)
112. Kaufbeuren, Kreis-Heil- und Pflegeanstalten. Bericht für 1912. Dir.: K. Med.-Rat Dr. *Prinzing.* (S. 337*.)
113. Königsfelden (Aargau), Kantonale Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1912. Dir.: Dr. *Frölich.* (S. 352*.)
114. Kremsier, Mährische Kaiser Franz Josef I. Landes-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1912. Dir.: K. K. Med.-Rat Dr. *Návrat.* (S. 348*.)
115. Kreuzburg (Schlesien), Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1912. Dir.: San.-Rat Dr. *Schubert.* (S. 317*.)
116. Kutzenberg, Oberfränkische Heil- und Pflegeanstalt. 8. Jahresbericht für 1912. Dir.: Dr. *Oetter.* (S. 336*.)
117. Langenhagen, Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt für Geistesschwache mit Filiale Himmelsthür bei Hildesheim und der Beobachtungsstation für Hannover. Bericht für 1912/13. Dir.: Dr. *Völker* †. (S. 321*.)
118. Leubus, Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1912. Dir.: San.-Rat Dr. *Dinter.* (S. 317*.)
119. Lewenberg, Kinderheim zu Schwerin; Großherzogl. Heil- und Pflegeanstalt für geistesschwache Kinder. Bericht für 1912/13. Dir.: Med.-Rat Dr. *Jenz.* (S. 322*.)
120. Limoux (Dép. de l'Aude), Asil d'aliénés. Jahresbericht. (S. 353*.)



121. **Lindenhaus** bei Lemgo, Fürstlich Lippische Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1912. Dir.: Med.-Rat Dr. *Alter*. (S. 328*.)

122. **Lüben** i. Schles., Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1912/13. Dir.: Geh. San.-Rat Dr. *Simon*. (S. 318*.)

123. **Lüneburg**, Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1912/13. Dir.: San.-Rat Dr. *O. Snell*. (S. 321*.)

124. **Luzern**, Hilfsverein für arme Irre des Kantons Luzern. Bericht für 1912. (S. 353*.)

125. **Mariaberg**, O.-A. Reutlingen, Württemberg; Heil- und Pflegeanstalt für Schwachsinnige. Bericht für 1912/13. (S. 340*.)

126. **Michigan**, State psychopathic Hospital. University of Michigan. 3. Bericht, 1. VII. 10 — 30. VI. 12. (S. 355*.)

127. **Münsterlingen**, Thurgauische Irrenanstalt. Bericht für 1912. Dir.: Dr. *Wille*. (S. 352*.)

128. **Neuruppin**, Brandenburgische Landesirrenanstalt. Bericht für 1908—1912. Dir.: San.-Rat Dr. *Selle*. (S. 312*.)

129. **Neustadt** i. Holstein, Provinzial-Irrenanstalt. Bericht für 1912/13. Dir.: San.-Rat *Dabelstein*. (S. 318*.)

130. **Neustadt** i. Westpr., Westpreußische Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1912. Dir.: San.-Rat Dr. *Rabbas*. (S. 311.)

131. **Niedernhart** in Linz, Oberösterreichische Landesirrenanstalt. Bericht für 1912. Dir.: Dr. *Schnopfhagen*. (S. 346*.)

132. **Niederösterreich**. Die Landesirrenanstalten und die Fürsorge des Landes Niederösterreich für schwachsinnige Kinder. Berichte für 1910/11 und 1911/12, erstattet vom Referenten *H. Bielohlawck*. (S. 345*.)

133. **Osnabrück**, Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1912. Dir.: San.-Rat Dr. *Schneider*. (S. 320.)

134. **Ostpreußen**, Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten Allenberg, Kortau und Tapiau. Bericht für 1912. (S. 310*.)

135. **Pennsylvania** training school. 60. Bericht. 1911/12 und 61. Bericht 1912/13. (S. 354*.)

136. **Préfargier**, Maison de Santé. 64. Bericht. Dir.: Dr. *Dardel*. (S. 353*.)

137. **Rheinprovinz**, Hilfsverein für Geisteskranke. Bericht für 1912. (S. 330*.)



138. **Rheinprovinz**, Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten Andernach, Bedburg-Hau, Bonn, Düren, Galkhausen, Grafenberg, Johannistal, Merzig und Brauweiler. Bericht für das Rechnungsjahr 1912/13. (S. 329*.)
139. **Roda**, Herzogl. Sächsisches Genesungshaus. Bericht für 1912. Dir.: Med.-Rat. Dr. *Schäfer*. (S. 334*.)
140. **Roda**, Herzogl. Sächsisches Martinshaus, Idiotenanstalt für Knaben und Mädchen von 6—16 Jahren. Bericht für 1912. Dir.: Med.-Rat Dr. *Schäfer*. (S. 334*.)
141. **Rosegg**, Heil- und Pflegeanstalt im Kanton Solothurn. Bericht für 1912. Dir.: Dr. *Greppin*. (S. 350*.)
142. **Rufach**, Oberelsässische Bezirks-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1912. Dir.: Dr. *Groß*. (S. 345*.)
143. **Saargemünd**, Bezirks-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1912. Dir.: Geh. San.-Rat Dr. *Dittmar*. (S. 344*.)
144. **Sachsen**. Das Irrenwesen im Königreich Sachsen im Jahre 1911. Berichte über die Landes-Heil- und Pflegeanstalten Sonnenstein, Untergöltzsch, Großschweidnitz, Zschadraß, Hubertusburg, die Pflegeanstalt Colditz und die Heil- und Pflegeanstalt für Epileptische zu Hochweitzschen. Aus dem 43. Jahresbericht des Königl. Landes-Medizinalkollegiums. (S. 331*.)
145. **Sachsenberg** bei Schwerin, Großherzogl. Mecklenburgische Irrenanstalt. Bericht für 1912. Dir.: Obermed.-Rat Dr. *Matusch*. (S. 322*.)
146. **Santiago** (Chile). Casa de Orates de Santiago. Jahresbericht 1911. (S. 355*.)
147. **Schleswig**, Provinzial-Irren-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1912/13. Dir.: Prof. Dr. *Kirchhoff*. (S. 319*.)
148. **Schleswig**, Provinzial-Idiotenanstalt. Bericht für 1912/13. Dir.: Dr. *Zappe*. (S. 319*.)
149. **Schwetz**, Westpreußische Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1912. Dir.: San.-Rat Dr. *Schauen*. (S. 311*.)
150. **Scotland**, 55. annual report of the general board of commissioners in lunacy for Scotland. 1912. (S. 353*.)
151. **Sigmaringen**, Fürst Carl-Landesspital, Abt. für Geisteskranke. Bericht für 1912/13. Dir.: San.-Rat Dr. *Longard*. (S. 335*.)



152. Sonnenhalde bei Riehen (Basel), Evangelische Heilanstalt für weibliche Gemütskranke. Bericht für 1912/13. (S. 350*.)

153. Stackeln, Livländische Heil- und Pflegeanstalt. Dir.: Dr. *A. Behr*. (S. 353*.)

154. St. Andreasberg, Wormditt (Ostpr.); Heilstätte für Epileptische. Leitender Arzt: Dr. *Ganter*. (S. 310*.)

155. Stephansfeld bei Straßburg i. E., Bezirksheilanstalt. Bericht für 1912/13. Dir.: Dr. *Ransohoff*. (S. 344*.)

156. Stetten im Remstal (Württemberg), Heil- und Pflegeanstalt für Schwachsinnige und Epileptische. Bericht für 1912/13. Oberarzt Dr. *Schott*. (S. 340*.)

157. St. Pirminsberg (St. Gallen), Kantonale Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1912. Dir.: Dr. *Haeberlin*. (S. 351*.)

158. Strecknitz (Lübeck), Heilanstalt. Bericht für 1912. Dir.: Dr. *Wattenberg*. (S. 323*.)

159. Strelitz (Alt-), Großherzogl. Landesirrenanstalt. Bericht über die Jahre 1911 und 1912. Dir.: Dr. *Serger* †. (S. 323*.)

160. Tannenhof bei Lüttringhausen (Rheinl.), Evangelische Heil- und Pflegeanstalt für Gemüts- und Geisteskranke. Bericht für 1912/13. Dir.: Dr. *Beelitz*. (S. 330*.)

161. Tost (Oberschlesien), Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1912. Dir.: San.-Rat Dr. *Schütze*. (S. 317*.)

162. Waldau, Münsingen, Belleley; Bernische kantonale Irrenanstalten. Bericht für 1912. (S. 349*, 350*.)

163. Waldhaus (Chur), Kantonale Irren- und Krankenanstalt. Bericht für 1912. Dir.: Dr. *Jörger*. (S. 352*.)

164. Waverley, Mass., Mc Lean Hospital Waverley. Bericht. (S. 355*.)

165. Wehnen, Großherzogl. Oldenburgische Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1912. Dir.: Med.-Rat Dr. *Brümmer*. (S. 324*.)

166. Weilmünster, Landes-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1912/13. Dir.: San.-Rat Dr. *Lantzius-Beningna*. (S. 327*.)

167. Werningerode - Hasserode, Erziehungshaus „Zum guten Hirten" für schwach- und blödsinnige Mädchen. 40. Jahresbericht. (S. 322*.)

168. Westfalen, Berichte über die Provinzialanstalten für Geisteskranke und Idioten zu Marsberg, Lengerich, Münster, Apler-



beck, Warstein, Eickelborn und St. Johannisstift zu Nieder-Marsberg. Geschäftsjahr 1911. (S. 324*.)

169. Wil (St. Gallen), Kantonales Asyl. Bericht 1912. Dir.: Dr. *Schiller*. (S. 351*.)

170. Württemberg, Berichte über die Anstalten in Schussenried, Weinsberg, Weißenau, Winnental, Zwiefalten und über die Privatirrenanstalten. Aus dem Berichte über die im Königreich Württemberg bestehenden Staats- und Privatanstalten für Geisteskranke, Schwachsinnige und Epileptische für 1911 und für 1912. Herausgegeben von dem K. Medizinalkollegium. (S. 338*.)

In den Ostpreußischen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten Allenberg, Kortau und Tapiau (134) war ein Gesamtanfangsbestand von 3174 (1526 M. 1648 Fr.). Neu aufgenommen sind in Allenberg 364 (186 M. 178 Fr.), in Kortau 354 (181 M. 173 Fr.), in Tapiau 244 (35 M. 209 Fr.). Entlassen aus Allenberg geheilt 26, gebessert 132, ungeheilt 89, nicht geisteskrank 12; entlassen aus Kortau geheilt 33, gebessert 134, ungeheilt 170, nicht geisteskrank 2; entlassen aus Tapiau geheilt 8, gebessert 13, ungeheilt 8. Unter 259 ungeheilt Entlassenen befinden sich 152 Frauen, die nach Tapiau in das dortige neue Frauenhaus überführt wurden. Das Verhältnis der geheilt Entlassenen zu den Neuaufnahmen entspricht in Allenberg 7,1 %, in Kortau 9,32 %. Gestorben sind in Allenberg 87 = 6,7 % der Verpflegten, in Kortau 103 = 7,7 %, in Tapiau 101. In Tapiau wurden 2 M. in das Bewahrungshaus verlegt. In Familienpflege befanden sich am Schluß des Berichtsjahres 168 Kr., davon aus Allenberg 85 (47 m., 38 w.), aus Kortau 63 (41 m., 22 w.), aus Tapiau 18 (7 m., 11 w.). In Allenberg waren 71 % der Kranken regelmäßig beschäftigt. Dem Bericht ist eine Übersicht über die Zugänge in den drei Anstalten seit 1887 vorangestellt, aus der ein Zuwachs von rund 95 Kr. im Jahresdurchschnitt sich ergibt.

Die Privatanstalt St. Andreasberg in Ostpreußen (154), 1902 gegründet, ist jetzt auf 4 Häuser erweitert und dient zur Aufnahme von Epileptischen und Schwachsinnigen katholischer Konfession aus den beiden Provinzen Ost- und Westpreußen. Bestand am 1. Jan. 1913: 317 (164 M. 153 Fr.), aufgenommen wurden 56 (29 M. 27 Fr.). Gesamtzahl der verpflegten Kranken 379 (156 M. 155 Fr., 68 Kinder). Entlassen wurden 35 (16 M. 19 Fr.), und zwar geheilt 2, gebessert 5, ungeheilt 12, gestorben 16. Bestand am 31. Dezember 1913: 344 (179 M. 165 Fr.).

Ganter.

Conradstein (91): Anfangsbestand 1322 (700 M. 622 Fr.). Zugang 311 (172 M. 139 Fr.). Abgang 195 (96 M. 99 Fr.). Bleibt Bestand 1438 (776 M. 662 Fr.), hiervon in Familienpflege 134. Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 214 (97 M. 117 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 22 (20 M. 2 Fr.), an Seelenstörung mit Epilepsie 20 (16 M. 4 Fr.), Imbezillität, Idiotie 16 (9 M. 7 Fr.), Hysterie 6 Fr., Alkoholismus 17 (16 M. 1 Fr.). Zur Beobachtung 16 (14 M. 2 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 2 Monat bei 73, 3—6 Monate



bei 36, bis 1 Jahr bei 63, 2 und mehr Jahre 139. Heredität bei 104, Trunksucht bei 40. Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten 60 (54 M. 6 Fr.). Entlassen geheilt 12 (7 M. 5 Fr.), gebessert 50 (24 M. 26 Fr.), ungeheilt 15 (9 M. 6 Fr.), nicht geisteskrank 15 (13 M. 2 Fr.). Gestorben sind 103 (43 M. 60 Fr.), davon infolge Paralyse 14 (12 M. 2 Fr.), an Lungenschwindsucht 26 (11 M. 15 Fr.), an Karzinom 3 Fr., Typhus 4 (1 M. 3 Fr.). Nach Abklingen der Typhusepidemie des Vorjahres kamen einzelne Fälle sowohl im Krankenbestand als auch beim Personal noch vor. Die Zahl der in den Typhushäusern isolierten Bazillenträger betrug zum Schluß des Berichtsjahres noch 54 (32 M. 22 Fr.). Die Untersuchung der Dejekte durch das Kgl. Med. Untersuchungsamt in Danzig wird weiterhin monatlich zweimal fortgesetzt. Die Frequenz der Familienpflege hat unter der Typhusgefahr sehr gelitten, im September hatte sie mit 110 Kr. den niedrigsten Stand. — Gearbeitet haben pro Monat durchschnittlich 236,8 M. und 234,6 Fr. — Gesamtausgaben 752 111,13 M.

Neustadt i. Westpr. (130): Anfangsbestand 604 (301 M. 303 Fr.). Zugang 99 (47 M. 52 Fr.). Abgang 112 (56 M. 56 Fr.). Bleibt Bestand 591 (292 M. 299 Fr.), hiervon in Familienpflege 41. Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 78 (29 M. 49 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 5 M., an Epilepsie, Hysteroepilepsie 3 M., Imbezillität, Idiotie 6 (3 M. 3 Fr.), Alkoholismus 4 M.; zur Beobachtung 4 M., davon nicht geisteskrank 3. Erbliche Belastung bei 38 (14 M. 24 Fr.) = 38,4 % der Aufnahmen. Häufigste Krankheitsursachen Trunksucht, dann Syphilis und Kopfverletzung. Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten 14 (12 M. 2 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 1 Monat bei 22, bis zu 2 Monaten 11, 6 Monate 17, bis 1 Jahr 6, 2 und mehr Jahre 40. Entlassen geheilt 25 (7 M. 18 Fr.), gebessert 13 (7 M. 6 Fr.), ungeheilt 18 (12 M. 6 Fr.). Gestorben sind 53 (27 M. 26 Fr.), davon infolge Paralyse 8, an Lungentuberkulose 7. Eine Typhuserkrankung. Bei erregten Kranken wurde Netzbehandlung mit Erfolg angewandt. Vom durchschnittlichen Krankenbestand arbeiteten 32,96 % der Männer gegen 34,68 % im Vorjahr, Frauen 36,01 % gegen 36,83 %. — Gesamtausgabe: 393 790,85 M.

Schwetz (149): Anfangsbestand 889 (468 M. 421 Fr.). Zugang 252 (143 M. 109 Fr.). Abgang 286 (153 M. 133 Fr.). Bleibt Bestand 855 (458 M. 397 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Geistesstörung 166 (79 M. 87 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 29 (26 M. 3 Fr.), an Imbezillität 9 (5 M. 4 Fr.), Idiotie 14 (9 M. 5 Fr.), Epilepsie mit Seelenstörung 16 (10 M. 6 Fr.), Hysterie 2 (1 M. 1 Fr.), Alkoholismus 9 (8 M. 1 Fr.), Lues cerebri 1 M. Zur Beobachtung 6 (4 M. 2 Fr.). An Dementia praecox litten 67 (40 M. 27 Fr.), manisch-depressivem Irresein 12 (5 M. 7 Fr.), an halluzinatorischer Verrücktheit 39 (17 M. 22 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 1 Monat bei 36 (23 M. M. 13 Fr.), 1—6 Monate 42 (19 M. 23 Fr.), 6—12 Monate 12 (7 M. 5 Fr.), 1—2 Jahre 17 (10 M. 7 Fr.), die übrigen länger als 2 Jahre; unbestimmte Dauer bei 48 (27 M. 21 Fr.), von Jugend auf 6 (4 M. 2 Fr.). Heredität bei 56 (30 M. 26 Fr.), Alkohol und andere ursächliche Einwirkungen insgesamt bei 196 (108 M. 88 Fr.) festgestellt. Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten 43 (35 M. 8 Fr.). Entlassen



geheilt 10 (6 M. 4 Fr.), gebessert 52 (26 M. 26 Fr.), ungeheilt 97 (48 M. 49 Fr.); in Familienpflege verblieben 48. Gestorben sind 97 (48 M. 49 Fr.) = 8,5 % der Verpflegten gegen 7,02 % im Vorjahre. Paralytiker starben 18, an Lungentuberkulose erkrankt waren 14, an Typhus 1 M., an Erysipel 19, Karzinom 4, an Magen- und Darmkatarrh 41 (25 M. 16 Fr.). — Gesamtausgabe 447 517,18 M.

Nach dem Auszug aus dem Verwaltungsbericht des Brandenburgischen Provinzialausschusses (84) war in den Anstalten Eberswalde, Sorau, Landsberg, Neuruppin, Teupitz, Wittstock, Lübben, Wilhelmsstift und Anstalt für Epileptische im Berichtsjahr 1912 ein Anfangsbestand von 8037 (4169 M. 3868 Fr.). Zugang 2856 (1599 M. 1257 Fr.). Abgang 2543 (1431 M. 1112 Fr.). Bleibt Bestand 8350 (4337 M. 4013 Fr.), in Familienpflege außerdem 436 (206 M. 230 Fr.) und in Privatanstalten 228 (168 M. 60 Fr.), mithin Gesamtschlußbestand 9014 (4711 M. 4303 Fr.). Die Steigerung gegen das Vorjahr beträgt 399 (205 M. 194 Fr.). Gemäß § 81 Str.-P.-O. wurden 30 Personen aufgenommen, davon für verantwortlich erklärt 10. Geheilt bzw. gebessert entlassen wurden 699 (391 M. 308 Fr.). Gestorben sind 805 (450 M. 355 Fr.). Die Krankenbewegung war besonders stark infolge der Überführungen aus den Potsdamer Anstalten nach der erweiterten Anstalt in Sorau und nach Lübben; ebenso sind nach dem Gutshof der Anstalt in Görden 31 Kr. überführt. Die Normalbelegung in Eberswalde ist um 151 Köpfe überschritten worden, an Privatanstalten wurden 120 Trinker und 106 jugendliche Idioten und Kranke mit kombinierten Leiden abgegeben. Die Familienpflege entwickelte sich aus einem Anfangsbestand von 374 (185 M. 189 Fr.), Zugang 258 (130 M. 128 Fr.), Abgang 196 (109 M. 87 Fr.), zu einem Schlußbestand von 436 (206 M. 230 Fr.). Die Treuenbrietzener Familienpflege wird sich noch weiter entwickeln, da dortselbst ein umfangreiches Gelände für Zwecke der Wanderfürsorge, Fürsorgeerziehung und Siechenbehandlung erworben ist. Die Gesamtdurchschnittsdauer der Anstaltspflege betrug bei den Männern 493, bei den Frauen 746 Verpflegungstage, mehr als im Vorjahr 105 bzw. 240. Idioten und Imbezille sowie Epileptiker mit und ohne Seelenstörung zeigten die längste Durchschnittsdauer des Anstaltsaufenthaltes und dementsprechend auch den höchsten durchschnittlichen Verpflegungsaufwand. Die zur Entlassung gekommenen Alkoholiker weisen etwa die gleiche Aufenthaltsdauer wie im Vorjahr auf und eine im Verhältnis zu anderen Krankheitsformen kurze durchschnittliche Dauer der Anstaltspflege, weniger begründet durch den Heilerfolg als durch die wiederkehrende Erwerbsfähigkeit. Der Verlauf der Paralyse mit ihrem im Verhältnis kurzen Entwicklungsgang bietet nichts von den Tabellen vorhergehender Jahre Abweichendes. Darin hat auch die nunmehr annähernd zwei Jahre erprobte Salvarsanbehandlung nichts geändert. Bei den Entlassenen und Gestorbenen der an einfacher Seelenstörung Erkrankten weisen die Männer eine etwas längere Dauer der Anstaltsbehandlung auf als im Vorjahre. In Eberswalde ist die neue elektrotherapeutische Abteilung, auch für Glühlichtbehandlung nach *Strümpell* in Benutzung genommen.

Neuruppin (128): Der Bericht enthält einen Rückblick auf die Jahre 1908—1911; Berichte sind bislang erschienen über die Jahre 1897—1902 und 1903—1907. Vorangestellt ist zunächst eine Übersicht der Krankenbewegung seit



Eröffnung der Anstalt 1897 bis Ende 1911. Hiernach haben in diesem Zeitraum 6494 (3729 M. 2765 Fr.) Aufnahmen und 4861 (2913 M. 1948 Fr.) Abgänge stattgefunden. Gestorben sind 1985 (1112 M. 873 Fr.). Anfangsbestand 1908 ist 1609 (805 M. 804 Fr.). Schlußbestand 1911 ist 1633 (816 M. 817 Fr.). Zugang 1912 = 295 (173 M. 122 Fr.). Abgang 305 (162 M. 143 Fr.). Bleibt Bestand 1623 (827 M. 796 Fr.). An einfacher Seelenstörung litten vom Zugang 177 (86 M. 91 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 27 (20 M. 7 Fr.), an Seelenstörung mit Epilepsie 14 (9 M. 5 Fr.), an Imbezillität, Idiotie 44 (31 M. 13 Fr.), an chronischem Alkoholismus 25 (21 M. 4 Fr.), an Hysterie 1 M. Zur Beobachtung 7 (5 M. 2 Fr.), davon nach § 81 Str.-P.-O. 5 (3 M. 2 Fr.). Entlassen sind 154 (84 M. 70 Fr.), und zwar geheilt, gebessert 99 (54 M. 45 Fr.), ungeheilt 19 (6 M. 13 Fr.), an andere Anstalten überwiesen 17 (16 M. 1 Fr.), in Familienpflege gegeben 29 (13 M. 16 Fr.). Entwichen sind 10 (5 M. 5 Fr.). Gestorben 141 (73 M. 68 Fr.), davon an Epilepsie 11, Tuberkulose 28, an Furunkulose 1, an Karzinom 1, Druckbrand 5, Selbstmord 3. — Vom Gesamtdurchschnitt war Tuberkulose in 13 % der Todesfälle Todesursache. — Im Sommer 1907 Typhusepidemie (10 Personen), 2 Bazillenträgerinnen wurden gefunden und isoliert. Bei der Pflege infizierte sich eine Wärterin 1911 mit leichtem Typhus. Eine der Bazillenträgerinnen starb 1912, in der Gallenblase und Leber fast eine Keimaussaat von Typhusbazillen, obwohl bei den regelmäßig angestellten bakteriologischen Untersuchungen meist keine Typhusbazillen gefunden waren.

Der Brandenburgische Hilfsverein zu Eberswalde (83): verausgabte im Berichtsjahre an baren Geldunterstützungen an Geisteskranke 5527,15 M.

Dem Verwaltungsbericht des Magistrats zu Berlin (81) über die städtische Irrenpflege ist zu entnehmen für:

Dalldorf: Anfangsbestand 3133 (1703 m. 1430 w.). Zugang 1036 (702 m. 334 w.). Abgang 1153 (813 m. 340 w.). Bleibt Bestand 3013 (1592 m. 1421 w.), davon in der Hauptanstalt 1177 (673 m. 504 w.), in der Idiotenanstalt 164 (106 m. 58 w.), in Privatanstalten 1284 (600 m. 684 w.), in Familienpflege 391 (213 m. 178 w.). Vom Zugang litten an allgemeiner Seelenstörung 357 (152 m. 205 w.), an paralytischer Seelenstörung 166 (125 m. 41 w.), an Seelenstörung mit Epilepsie und Hysterie 35 (21 m. 14 w.), an Idiotie und Imbezillität 150 (91 m. 59 w.), an chronischem Alkoholismus 305 (292 m. 13 w.). Zur Beobachtung überwiesen und wieder abgegeben 23 (21 m. 2 w.). Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten 263 (255 m. 8 w.), gewohnheitsmäßig dem Alkoholmißbrauch ergeben 345 (328 m. 17 w.). Entlassen geheilt oder gebessert 660 (456 m. 204 w.), ungeheilt 143 117 m. 26 w.). Gestorben 327 (219 m. 108 w.), davon an Altersschwäche 14 (6 m. 8 w.), an Herzkrankheiten 139 (104 m. 35 w.), Hirnkrankheiten 63 (50 m. 13 w.), an Tuberkulose 25 (17 m. 8 w.), Selbstmord 2 Fr.

Herzberge: Anfangsbestand 1726 (954 m. 772 w.). Zugang 1862 (1468 m. 394 w.), Abgang 1855 (1465 m. 390 w.). Bleibt Bestand 1733 (957 m. 776 w.), davon in der Hauptanstalt 1197 (693 m. 504 w.), in Privatanstalten 392 (180 m. 212 w.), in Familienpflege 144 (84 m. 60 w.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 1465 (1151 m. 314 w.), an paralytischer Seelenstörung 138 (104 m.

34 w.), an Seelenstörung mit Epilepsie und Hysterie 135 (118 m. 17 w.), an Idiotie und Imbezillität 94 (68 m. 26 w.), an chronischem Alkoholismus 1 Fr. Zur Beobachtung überwiesen und wieder abgegeben 29 (27 m. 2 w.). Mit dem Strafgesetz waren in Konflikt geraten 708 (678 m. 30 w.), gewohnheitsmäßig dem Alkoholmißbrauch ergeben 909 (874 m. 35 w.). Entlassen als geheilt oder gebessert 1212 (1065 m. 147 w.), ungeheilt 368 (244 m. 124 w.). Gestorben 244 (127 m. 117 w.), davon an Altersschwäche 47 (5 m. 42 w.), an Herzkrankheiten 67 (54 m. 13 w.), an Hirnkrankheiten 42 (40 m. 2 w.), an Tuberkulose 6 (3 m. 3 w.), Selbstmord 1 M.

Buch: Anfangsbestand 2259 (1160 m. 1099 w.). Zugang 1400 (1047 m. 353 w.). Abgang 1343 (1049 m. 294 w.). Bleibt Bestand 2316 (1158 m. 1158 w.), davon in der Hauptanstalt 1732 (888 m. 844 w.), in Privatanstalten 459 (220 m. 239 w.), in Familienpflege 125 (50 m. 75 w.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 515 (264 m. 251 w.), an paralytischer Seelenstörung 193 (147 m. 46 w.), an Seelenstörung mit Epilepsie und Hysterie 70 (55 m. 15 w.), an Idiotie und Imbezillität 118 (85 m. 33 w.), an chronischem Alkoholismus 481 (475 m. 6 w.). Zur Beobachtung kamen und wurden wieder abgegeben 23 (21 m. 2 w.). Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten 682 (663 m. 19 w.), gewohnheitsmäßiger Alkoholmißbrauch bei 508 (502 m. 6 w.). Entlassen als geheilt oder gebessert 829 (723 m. 106 w.), ungeheilt 216 (135 m. 81 w.). Gestorben 273 (168 m. 105 w.), davon an Altersschwäche 11 (6 m. 5 w.), an Herzkrankheiten 122 (62 m. 60 w.), an Hirnkrankheiten 48 (35 m. 13 w.), an Tuberkulose 22 (9 m. 13 w.), im paralytsichen Anfall 25 M. Selbstmord 2 Fr.

Wuhlgarten: Anfangsbestand 1527 (974 m. 553 w.). Zugang 881 (737 m. 144 w.). Abgang 910 (791 m. 119 w.). Bleibt Bestand 1498 (920 m. 578 w.), davon in der Hauptanstalt 1218 (684 m. 534 w.), in der Idiotenanstalt 104 (70 m. 34 w.), in Privatanstalten 166 (156 m. 10 w.), in Familienpflege 10 m. Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 14 m., an paralytischer Seelenstörung 8 (5 m. 3 w.), an Seelenstörung mit Epilepsie und Hysterie 820 (687 m. 133 w.), an Idiotie und Imbezillität 12 (7 m. 5 w.), an chronischem Alkoholismus 24 (22 m. 2 w.). Bestraft waren von den Männern 67,5 %, von den Frauen 4,5 %. Erbliche Belastung, hauptsächlich von trunksüchtigen Eltern, konnte bei den an Epilepsie, Hysterie und Hystero-Epilepsie Erkrankten nachgewiesen werden bei 362 M. (54 %), bei 60 Fr. (50 %), bei 13 Knaben (59 %) und bei 6 Mädchen (43 %). Entlassen geheilt oder gebessert 811 (728 m. 83 w.), ungeheilt 28 (20 m. 8 w.). Gestorben sind 68 (41 m. 27 w.), davon an Hirnkrankheiten 8 (3 m. 5 w.), an Lungenentzündung 24 (14 m. 10 w.), an Tuberkulose 7 (6 m. 1 w.), im epileptischen Anfall 5 (3 m. 2 w.), Selbstmord 1 m.

Haus Schönow (106): Anfangsbestand 104 (66 m. 38 w.). Zugang 848 (517 m. 331 w.), Abgang 850 (524 m. 326 w.). Bleibt Bestand 102 (59 m. 43 w.). Vom Abgang litten an peripherischen Nerven- und Muskelkrankheiten 17 (15 m. 2 w.), an organischen Erkrankungen des Zentralnervensystems 77 (58 m. 19 w.), an Neurosen 652 (384 m. 268 w.), an Psychosen 92 (57 m. 35 w.), an inneren und äußeren Krankheiten 12 (10 m. 2 w.). Entlassen als geheilt oder gebessert 75,9 %

(78,6 % m. 71,5% w.), ungebessert 21,1 % (21,4 % m. 28,5 % w.). Gestorben 1 M. In der Poliklinik wurden behandelt 154 (92 m. 62 w.), und zwar an peripheren Nervenerkrankungen 2 (1 m. 1 w.), an organischen Erkrankungen des Zentralnervensystems 27 (20 m. 7 w.), an Neurosen 74 (43 m. 31 w.), an Psychosen 28 (13 m. 15 w.), an inneren und äußeren Erkrankungen 23 (15 m. 8 w.). Im Birkenhof: Anfangsbestand 7 (2 M. 5 Fr.). Zugang 111 (51 M. 60 Fr.). Abgang 108 (51 M. 57 Fr.). Bleibt Bestand 10 (2 M. 8 Fr.).

„Wilhelm Auguste Viktoria-Stiftung" in Beelitz (79): Jahresberichte für die Zeit der Begründung — 18. Juni 1908 — bis 1912 liegen vor. Seit Bestehen der Anstalt waren darin erzogen und unterrichtet 85 (52 Kn. 33 Md.). Der Anfangsbestand 1912 war 41 (28 Kn. 13 Md.). Zugang 9 (7 Kn. 2 Md.). Abgang 5 (3 Kn. 2 Md.). Bleibt Bestand 45 (32 Kn. 13 Md.). Es handelt sich um eine Anstalt für geistig zurückgebliebene, noch bildungsfähige Minderjährige im Aufnahmealter von 7—14 Jahren. Unterrichtet wird in 3 Klassen. Die körperliche Entwicklung und der immerhin begrenzte geistige Fortschritt lassen nichts zu wünschen übrig.

Breslau (85): Anfangsbestand 200 (97 m. 103 w.). Zugang 1103 (766 m. 337 w.). Abgang 1121 (776 m. 345 w.). Bleibt Bestand 182 (87 m. 95 w.). Vom Zugang litten an einfach erworbenen Psychosen 90 (67 m. 23 w.), davon an manisch-depressivem Irresein 30 (17 m. 13 w.), an Katatonie 33 (19 m. 14 w.), an Hebephrenie 47 (14 m. 33 w.), Paranoia 7 (2 m. 5 w.), an konstitutionellen Psychosen 90 (67 m. 23 w.), an epileptisch-hysterischen Formen 134 (75 m. 59 w.), an alkoholischen und anderen toxischen Psychosen 388 (343 m. 45 w.), an paralytisch-senilen und sonstigen organischen Geisteskrankheiten 206 (123 m. 83 w.), davon an Dementia paralytica 82 (62 m. 20 w.). Die alkoholischen Formen der Männeraufnahmen stehen mit 343 wiederum im Vordergrund und zwar mit 72 Fällen des Delirium tremens. Entlassen als geheilt 313 (253 m. 60 w.), gebessert 423 (292 m. 131 w.), ungeheilt 267 (161 m. 106 w.), davon an andere Anstalten abgegeben 177 (101 m. 76 w.). Nicht geisteskrank 8 (7 m. 1 w.). Gestorben 118 (70 m. 48 w.). In der Poliklinik wurden 119 (43 m. 76 w.) Fälle behandelt. Gesamtausgaben 298 626,66 M.

Brieg (86): Anfangsbestand ohne Beurlaubte 532 (265 M. 267 Fr.). Zugang 82 (36 M. 46 Fr.), Abgang 88 (40 M. 48 Fr.). Bleibt Bestand 525 (254 M. 271 Fr.). In Familienpflege 43 (24 M. 19 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 53 (18 M. 35 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 9 (7 M. 2 Fr.), Imbezillität, Idiotie 8 (2 M. 6 Fr.), an Epilepsie 7 (4 M. 3 Fr.), an Alkoholismus 2 M. Nicht geisteskrank waren 2 M. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis zu 1 Monat bei 9 (4 M. 5 Fr.), von 1—6 Monate 15 (3 M. 12 Fr.), 1—2 Jahre 13 (9 M. 4 Fr.), 2—5 Jahre 8 (5 M. 3 Fr.), 5—10 Jahre 5 (3 M. 2 Fr.). Heredität war bei 32 (14 M. 18 Fr.), Syphilis bei 5 (4 M. 1 Fr.) (4 positive Wassermann), Haft bei 4 (3 M. 1 Fr.), Alkoholmißbrauch bei 6 (5 M. 1 Fr.), Militärdienst bei 2 M., Typhus bei 2 Fr., Greisenalter bei 3 (1 M. 2 Fr.) Krankheitsursache. Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten waren 17 (12 M. 5 Fr.). Entlassen als geheilt 11 (3 M. 8 Fr.), gebessert 18 (4 M. 14 Fr.), ungeheilt 29 (21 M. 8 Fr.). Gestorben



sind 28 (10 M. 18 Fr.). Todesursachen: Paralysen 6 (3 M. 3 Fr.), Epilepsie 8 (5 M. 3 Fr.), Alkoholismus 1 M. Durchschnittliche tägliche Beschäftigung der M. 61,08 % gegen 59,39 % im Vorjahre, der Fr. 55,69 % gegen 54,03 %. In Familienpflege befanden sich 8,13 % des durchschnittlichen Krankenbestandes. Salvarsan in 3 Fällen ohne unangenehme Nebenwirkungen angewandt. Als außergewöhnliche Erkrankungen zeigten sich im März und April des Berichtsjahres Ruhrverdacht bei 14 Fr. und 2 Pflegerinnen. Blutuntersuchung positiv in 4 Fällen, keine Bazillenfunde. Im August erneutes Auftreten an 9 Kr. und 2 Pfl. der gleichen Station. In 6 Fällen Blutuntersuchung positiv, Bazillen fehlen. Tinctura Uzara ohne augenfällige Wirkung. Ursache voraussichtlich kontagiöse Übertragung.

Bunzlau (88): Anfangsbestand 765 (430 M. 335 Fr.). Zugang 209 (114 M. 95 Fr.). Abgang 218 (131 M. 87 Fr.). Bleibt Bestand 756 (413 M. 343 Fr.). Entlassen als geheilt 8 (4 M. 4 Fr.), gebessert 57 (38 M. 19 Fr.), ungeheilt 9 (2 M. 7 Fr.), nach Beobachtung entlassen 7 (6 M. 1 Fr.). Gestorben 67 (41 M. 26 Fr.). Mit dem Strafgesetz erheblich in Konflikt geraten waren 12 M. 19 M. waren Paralytiker, d. s. 16,6 % der Aufgenommenen, 20 M. mit ursächlichem Alkoholismus, d. s. 22,8 %. Vereinzelte Dysenteriefälle, ohne weitere endemische Ausbreitung traten noch auf. Bevor die bakteriologischen Untersuchungen nicht an Ort und Stelle ausgeführt werden können, ist bei der großen Zahl der als Keimträger Verdächtigen eine Absonderung nicht möglich. In das Absonderungshaus zu Freiburg ist eine weitere Typhusbazillenträgerin verlegt. Diese und die dort noch befindlichen 6 Patienten haben noch nach wie vor Bazillen im Stuhl. Die Anstaltsbauten nähern sich der Vollendung. Gesamtausgaben 487 666 M.

Freiburg i. Schlesien (97): Krankenbestand am 1. April ausschließlich der Beurlaubten 630 (291 M. 339 Fr.), außerdem in Familienpflege 49 (24 M. 25 F.). Aufgenommen sind 179 (104 M. 75 Fr.). Vom Zugang litten an Idiotie 6 (5 M. 1 Fr.), an Imbezillität 12 (9 M. 3 Fr.), an Epilepsie mit und ohne Seelenstörung 26 (20 M. 6 Fr.), an einfacher Seelenstörung 122 (60 M. 62 Fr.), an Dementia paralytica 8 (7 M. 1 Fr.), an Hysterie 1 Fr. Nicht gesiteskrank waren 4 (3 M. 1 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei einfacher Seelenstörung und Dementia paralytica bis 3 Monate bei 43 (21 M. 22 Fr.), 3—6 Monate bei 26 (10 M. 16 Fr.), 6—12 Monate bei 21 (14 M. 7 Fr.), 1—2 Jahre bei 11 (6 M. 5 Fr.), über 2 Jahre bei 29 (15 M. 14 Fr.), mit unbekannter Dauer 1 M. Krankheitsdauer bei Epilepsie 3—10 Jahre bei 6 M., 10—20 Jahre bei 5 (3 M. 2 Fr.), über 20 Jahre bei 6 (5 M. 1 Fr.). Als Krankheitsursachen sind angegeben: Unfall bei 1 M., Potus bei 8 M., Gravidität usw. bei 5 Fr., Senium bei 10 (5 M. 5 Fr.), Arteriosklerose 1 M., Haft bei 4 M. Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten waren 30 (24 M. 6 Fr.). Auf Grund § 81 Str.-P.-O. zur Beobachtung überwiesen 2 M. 1 Md. Entlassen als geheilt 16 (7 M. 9 Fr.), gebessert 35 (21 M. 14 Fr.), ungeheilt 11 (9 M. 2 Fr.). In Familienpflege waren am Schluß des Jahres 49 (24 M. 25 Fr.). Gestorben sind 61 (35 M. 26 Fr.), davon an Gehirnlähmung 10 (6 M. 4 Fr.), im epileptischen Anfall oder Status 5 (1 M. 4 Fr.), durch Lungen- und Darmtuberkulose 7 (4 M. 3 Fr.), an Altersschwäche 2 M. Einzelne Erkrankungen von Scharlach und Typhus, ohne Verbreitung auf die Anstaltsinsassen, betrafen Pflegepersonal und einige jugendliche Pfleglinge. Gesamtausgabe 316 186,62 M.



Kreuzburg (115): Anfangsbestand 646 (381 M. 265 Fr.). Zugang 116 (78 M. 38 Fr.). Abgang 116 (82 M. 34 Fr.). Bleibt Bestand 605 (356 M. 249 Fr.), davon in Familienpflege 25 (10 M. 15 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 79 (46 M. 33 Fr.), paralytischer 11 M., epileptischerSeelenstörung 9 (6 M. 3 Fr.), Alkoholismus 4 M.; nicht geisteskrank 5 M. Die Krankheitsdauer vor der Aufnahme betrug bis zu 1 Monat bei 13 (6 M. 7 Fr.), bis 3 Monate 10 (6 M. 4 Fr.), bis 6 Monate 10 (8 M. 2 Fr.), bis 1 Jahr 19 (11 M. 8 Fr.), bis 2 Jahre 13 (9 M. 4 Fr.), bis 5 Jahre 16 (12 M. 4 Fr.), länger als 5 Jahre 2 M., als 10 Jahre 12 (8 M. 4 Fr.), als 20 Jahre 5 (3 M. 2 Fr.), von Kindheit an bei 9 (7 M. 2 Fr.). Krankheitsursache: Haft bei 3 M., Trunksucht 7 (6 M. 1 Fr.), Syphilis bei 7 M. Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten 26 (25 M. 1 Fr.). 4 M. und 1 Fr. waren auf Grund § 81 Str.-Pr.-O. zur Beobachtung aufgenommen, davon 3 (2 M. 1 Fr.) außer Verfolgung gesetzt. Entlassen wurden geheilt 8 (4 M. 4 Fr.), gebessert 21 (17 M. 4 Fr.), ungeheilt 26 (22 M. 4 Fr.). Gestorben sind 56 (34 M. 22 Fr.), davon an Paralyse 8 (6 M. 2 Fr.), an Lungen- und Darmtuberkulose 10 (5 M. 5 Fr.). Nach Fertigstellung der 3 Pflegehäuser konnten bei 6 dort wohnenden verheirateten Pflegern zunächst 12 Frauen in Familienpflege gegeben werden. Gesamtausgabe 38 931,83 M.

Leubus (118): Anfangsbestand 762 (396 M. 366 Fr.). Zugang 243 (135 M. 108 Fr.). Abgang 171 (91 M. 80 Fr.). Bleibt Bestand 834 (440 M. 394 Fr.). Hiervon befanden sich in der alten Anstalt 145 (71 M. 74 Fr.), in der neuen Anstalt 680 (360 M. 320 Fr.), in Familienpflege 9 M. Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 185 (91 M. 94 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 21 (16 M. 5 Fr.), Imbezillität, Idiotie 10 (7 M. 3 Fr.), Epilepsie mit Seelenstörung 21 (15 M. 6 Fr.), Delirium alc. 1 M., Tabes 1 M., Gehirngeschwulst 1 M.; nicht geisteskrank 3 M. 8,6 % der Aufgenommenen litten an Paralyse, gegen 9,7 % im Vorjahre und 15,2 % im vorletzten Jahre. Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten waren 46 (38 M. 8 Fr.) = 19 % der Aufgenommenen. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 1 Monat bei 19 (10 M. 9 Fr.), 1—3 Monate 24 (14 M. 10 Fr.), 3—6 Monate 25 (14 M. 11 Fr.), 6—12 Monate 28 (12 M. 16 Fr.), 1—5 Jahre 63 (31 M. 32 Fr.), über 5 Jahre 60 (38 M. 22 Fr.), von Kindheit an 12 (8 M. 4 Fr.), mit unbekannter Dauer 9 (5 M. 4 Fr.). Heredität bekannt bei 84 (39 M. 45 Fr.). Entlassen geheilt 2 M., gebessert 70 (30 M. 40 Fr.), ungeheilt 37 (24 M. 13 Fr.). Gestorben sind 59 (32 M. 27 Fr.), davon an Tuberkulose 11 (4 M. 7 Fr.), Karzinom 5 (1 M. 4 Fr.), außerdem als tuberkulös in Behandlung 10 (6 M. 4 Fr.), Dysenterie mit 16 Erkrankungen (Frauenseite) und 2 Todesfällen. In der Pensionsanstalt war ein Anfangsbestand von 62 (30 H. 32 D.). Zugang 17 (6 H. 11 D.). Abgang 13 (6 H. 7 D.). Schlußbestand 66 (30 H. 36 D.). Von den Aufgenommenen litten an einfacher Seelenstörung 14 (3 H. 11 D.), an Paralyse 3 H. Gebessert entlassen 4 D., ungeheilt in die Anstalt übernommen 1 H. 1 D. Gestorben 7 (5 H. 2 D.), davon 2 D. an Altersschwäche bzw. Entkräftung, 3 H. infolge Paralyse. — Gesamtausgabe 509 482,68 M.

Tost (161): Anfangsbestand 600 (295 M. 305 Fr.). Zugang 138 (89 M. 49 Fr.). Abgang 99 (66 M. 33 Fr.). Bleibt Bestand 639 (318 M. 321 Fr.), hiervon



beurlaubt 21 (11 M. 10 Fr.) und in Familienpflege 4 (1 M. 3 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 97 (57 M. 40 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 13 (11 M. 2 Fr.), an Epilepsie 10 (7 M. 3 Fr.), Hysterie 2 (1 M. 1 Fr.), an Imbezillität, Idiotie 11 (8 M. 3 Fr.), Neurasthenie 1 M., nicht geisteskrank waren 4 M. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis zu 1 Monat bei 20 (10 M. 10 Fr.), 1—3 Monate 19 (12 M. 7 Fr.), 3—6 Monate 9 (6 M. 3 Fr.), 6—12 Monate bei 12 (7 M. 5 Fr.), 1—2 Jahre bei 14 (10 M. 4 Fr.), 2—5 Jahre bei 13 (9 M. 4 Fr.), 5—10 Jahre bei 11 (7 M. 4 Fr.), über 10 Jahre bei 23 (16 M. 7 Fr.), von Jugend auf bei 11 (8 M. 3 Fr.). Heredität bei 60 (43 M. 17 Fr.), darunter 16 M. und 2 Fr. durch Trunksucht erblich belastet. Andere Krankheitsursachen: Trunksucht bei 15 (14 M. 1 Fr.), Syphilis bei 9 (7 M. 2 Fr.), Strafhaft bei 8 M., Arteriosklerose bei 3 (1 M. 2 Fr.), Kopfverletzung bei 6 M., Greisenalter 5 Fr. Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten 31 (29 M. 2 Fr.). Entlassen geheilt 19 (10 M. 9 Fr.), gebessert 22 (15 M. 7 Fr.), ungeheilt 9 (7 M. 2 Fr.), in andere Anstalten versetzt 18 (14 M. 4 Fr.). Gestorben 19 (10 M. 9 Fr.), davon an Paralyse 5 (4 M. 1 Fr.), an Tuberkulose 1 Fr. 2 Beamtenwohnhäuser sind fertiggestellt. Gesamtausgabe 320 600 M.

Lüben (122): Anfangsbestand 1070 (508 M. 562 Fr.). Zugang 279 (143 M. 136 Fr.). Abgang 255 (139 M. 116 Fr.). Bleibt Bestand 1094 (512 M. 582 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 193 (80 M. 113 Fr.), an paralytischer 33 (25 M. 8 Fr.), an Epilepsie mit Seelenstörung 21 (15 M. 6 Fr.), Imbezillität, Idiotie 13 (8 M. 5 Fr.), Alkoholismus 6 M. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 1 Monat bei 23 (6 M. 17 Fr.), bis 3 Monate bei 31 (15 M. 16 Fr.), bis 6 Monate bei 25 (7 M. 18 Fr.), bis 1 Jahr bei 34 (16 M. 18 Fr.), bis 5 Jahre 68 (40 M. 28 Fr.), bis 10 Jahre 26 (14 M. 12 Fr.), über 10 Jahre 27 (15 M. 12 Fr.), von Kindheit an bei 19 (14 M. 5 Fr.). Heredität bei 105 (56 M. 49 Fr.). Krankheitsursache: Syphilis bei 21 (20 M. 1 Fr.), Trunksucht 31 (29 M. 2 Fr.), Kopfverletzungen bei 7 (5 M. 2 Fr.), sonstige Unfälle bei 2 M., Haft bei 4 (2 M. 2 Fr.). Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten 46 (37 M. 9 Fr.). Beobachtet gemäß § 81 Str.-P.-O. 8 (6 M. 2 Fr.), auf Antrag des Generalkommandos 1 M. Entlassen sind 141 (81 M. 60 Fr.), davon geheilt 42 (20 M. 22 Fr.), gebessert 63 (42 M. 21 Fr.), ungeheilt 27 (10 M. 17 Fr.). Gestorben 111 (55 M. 56 Fr.), davon an Tuberkulose 6 (2 M. 4 Fr.), an Gehirnlähmung 32 (24 M. 8 Fr.). 2 Typusfälle an Pfleglingen, als erste seit Eröffnung der Anstalt (Nov. 1905) zu verzeichnen, isoliert, beide genesen. Ansteckung wahrscheinlich durch Einschleppung bei Besuch. Gesamtausgabe 487 671,75 M.

Neustadt i. Holstein (129): Bestand bei Beginn des Berichtsjahres 975 (515 M. 460 Fr.). Zugang 220 (162 M. 58 Fr.). Abgang 238 (125 M. 113 F.). Bleibt Bestand 957 (552 M. 405 Fr.), davon in Familienpflege 104 (42 M. 62 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 103 (66 M. 37 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 21 (18 M. 3 Fr.), an Idiotie, Imbezillität, Kretinismus 52 (44 M. 8 Fr.), Epilepsie 17 (13 M. 4 Fr.), Hysterie 10 (4 M. 6 Fr.), Alkoholismus 11 M. Zur Beobachtung 5 M. Entlassen geheilt 6 (5 M. 1 Fr.), gebessert 93 (56 M. 37 Fr.), ungeheilt in die Familie 9 M., in andere Anstalten 37 (8 M. 29 Fr.). Ge-



storben 93 (47 M. 46 Fr.), davon an Lungenschwindsucht 8 (3 M. 5 Fr.), an Gehirnschlag 2 M., an Gehirnerweichung 14 (11 M. 3 Fr.), Darmkatarrh 4 (3 M. 1 Fr.), Selbstmord 2 M. Von den Verstorbenen waren erkrankt an einfacher Seelenstörung 50 (22 M. 28 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 23 (17 M. 6 Fr.), an Imbezillität, Idiotie 14 (6 M. 8 Fr.), an Epilepsie 6 (2 M. 4 Fr.). Von M. waren vorbestraft 25,9 %, von Fr. 6,9 %. Heredität der M. 28,4 %, der Fr. 15,5 %. Potus bei M. 10,5 %, bei Fr. 1,72 %. Das feste Haus hat sich gut bewährt. Personalmangel ziemlich ausgeglichen.

Schleswig (147): Anfangsbestand 1106 (609 M. 497 Fr.). Zugang 475 (208 M. 267 Fr.). Abgang 369 (200 M. 169 Fr.). Bleibt Bestand 1212 (617 M. 595 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 356 (148 M. 208 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 39 (28 M. 11 Fr.), an Seelenstörung mit Epilepsie 15 (8 M. 7 Fr.), an Imbezillität, Idiotie 62 (22 M. 40 Fr.). Alkoholismus als wahrscheinliche Krankheitsursache bei 23 (21 M. 2 Fr.) gegen 19 im Vorjahre. Familienanlage bei 192 (75 M. 117 Fr.). Zur Beobachtung überwiesen 15 (7 M. 8 Fr.), davon nicht geisteskrank 3 (2 M. 1 Fr.). Entlassen als geheilt 44 (24 M. 20 Fr.), gebessert 120 (64 M. 56 Fr.), ungeheilt 94 (56 M. 38 Fr.). Gestorben sind 109 (55 M. 54 Fr.), davon an Lungentuberkulose 13 (6 M. 7 Fr.), daran behandelt wurden 36 (14 M. 22 Fr.) gegen 16 (Tod) bzw. 29 (Behandlung) im Vorjahre; an Paralyse starben 15 (14 M. 1 Fr.). — Gesamtausgabe 958 816,95 M.

In der Provinzial-Idiotenanstalt zu Schleswig (148) befanden sich bei Beginn des Berichtsjahres 388 (235 m. 153 w.). Zugang 53 (31 m. 22 w.). Abgang 73 (47 m. 26 w.). Bleibt Bestand 368 (219 m. 149 w.). Vom Zugang litten an Idiotie 25 (15 m. 10 w.), Imbezillität 28 (16 m. 12 w.). 5 Pfleglinge (1 m. 4 w.) hatten das Aufnahmealter von 6 Jahren noch nicht erreicht. Entlassen wurden gebessert 8 M., nicht gebessert 39 (21 m. 18 w.). Gestorben sind 26 (18 m. 8 w.), davon 9 an Tuberkulose. Die gesteigerte Zahl der Todesfälle an Tuberkulose macht die Einrichtung von Abteilungen für Tuberkulöse wünschenswert. Schulbesuch 87 (50 m. 37 w.) gegen 98 (60 m. 38 w.) des Vorjahres.

Die Heil- und Pflegeanstalten der Provinz Hannover (105) hatten im Berichtsjahre einen Verpflegungsbestand von 5013 Kranken und ein Mehr von 28 Kranken gegen das Vorjahr. Die Unterhaltungskosten waren in Hildesheim 0,1 % geringer, in Göttingen 0,12 % höher, in Osnabrück 0,07 % geringer, in Lüneburg 0,11 % höher und in Langenhagen 0,07 % geringer als im Vorjahr.

Göttingen (101): Anfangsbestand 529 (350 M. 179 Fr.). Zugang 272 (161 M. 111 Fr.), Abgang 279 (161 M. 118 Fr.). Bleibt Bestand 522 (350 M. 172 Fr.). Zugang fast um 100 gegen das Vorjahr zurückgegangen, zum Teil durch Entlastung der Männerseite infolge der im April 1912 erfolgten Eröffnung der Provinzial-Heil- und Erziehungsanstalt für Fürsorgezöglinge (s. d.); auffallend der Rückgang der Aufnahmen weiblicher Kranker, insbesondere derer für die ruhigen Abteilungen. Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 214 (120 M. 94 Fr.), Paralyse 16 (14 M. 2 Fr.), Epilepsie 2 M., Idiotie 2 (1 M. 1 Fr.), Imbezillität 19 (10 M. 9 Fr.), Delir. pot. 12 M.; nicht geisteskrank 7 (2 M. 5 Fr.). Zur Beobachtung aufgenommen 31 (19 M. 12 Fr.), nicht geisteskrank ausgeschieden 9



(4 M. 5 Fr.). Heredität bei 75 (45 M. 30 Fr.), Alkoholmißbrauch bei 36 M., Lues 25 (20 M. 5 Fr.), Krankheitsdauer vor der Aufnahme 1—6 Wochen bei 102 (65 M. 37 Fr.), 3 Monate 39 (25 M. 14 Fr.), 3—6 Monate 26 (18 M. 8 Fr.), 1—2 Jahre 19 (13 M. 6 Fr.), 2—5 Jahre 25 (14 M. 11 Fr.), über 5 Jahre 34 (12 M. 22 Fr.); angeboren krank 17 (9 M. 8 Fr.). Entlassen geheilt 31 (29 M. 2 Fr.), gebessert 86 (50 M. 36 Fr.), ungeheilt 120 (59 M. 61 Fr.). In Familienpflege durchschnittlich 67 Kr. pro Tag, gegen 65 im Vorjahre. Gestorben sind 33 (19 M. 14 Fr.), davon infolge Paralyse 8, an Tuberkulose 3; Selbstmord 1. 1 Typhusbazillenträger, von dem über eine Erkrankung anamnestisch nichts bekannt war, wurde bis zu seiner baldigst erfolgten Entlassung in der Infektionsabteilung gehalten. Kosten der Verpflegung (ohne Klassifizierung) pro Kopf 80,31 Pf. gegen 72,876 Pf. im Vorjahre.

Im Provinzial-Verwahrungshaus war ein Anfangsbestand von 49 Kr. Zugang 7, davon zur Beobachtung 1. Abgang 6. Bleibt Bestand 50. Von 56 Behandelten waren mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten 51; davon nach Freispruch gemäß § 51 Str.-G.-B. der Anstalt überwiesen 11, verurteilt und in Strafhaft erkrankt 23, früher verurteilt, zuletzt wegen § 51 freigesprochen 14. Ausgesprochene Psychose bei 37, Grenzzustände (geistige Minderwertigkeit) bei 4, Idiotie, Imbezillität bei 15. Entlassen zur Aburteilung 2, zum Strafvollzug 1, in offene Heil- und Pflegeanstalt überführt 3. Von durchschnittlich 49 Kr. arbeiteten durchschnittlich 38 Kr. an 12 014 Tagen, davon im Einzelzimmer beschäftigt durchschnittlich 10 Kr. mit 2920 Tagen. Höchste Zahl der insgesamt Arbeitenden pro Tag 41 Kr., geringste 35. Die Zahl der Entweichungsversuche (6 mal bei 3 Kr.) war größer als im Vorjahre, sie konnten sämtlich verhindert werden. Die Zahl der Aufnahmen ist, auch gegenüber dem Vorjahre (7 : 18), erfreulicherweise weitgehend zurückgegangen.

Hildesheim (109): Anfangsbestand 667 (370 M. 297 Fr.). Zugang 278 (144 M. 134 Fr.). Abgang 270 (118 M. 152 Fr.). Bleibt Bestand 675 (396 M. 279 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 192 (85 M. 107 Fr.), Paralyse 40 (30 M. 10 Fr.), Hysterie oder Epilepsie mit Seelenstörung 20 (9 M. 11 Fr.), Imbezillität, Idiotie II (7 M. 4 Fr.), Morphinismus 1 M.; zur Beobachtung 14 (12 M. 2 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme unter 3 Monaten bei 58 (24 M. 34 Fr.), 3—6 Monate 19 (7 M. 12 Fr.), 6—12 Monate 32 (16 M. 16 Fr.), 1—2 Jahre 48 (34 M. 14 Fr.), über 2 Jahre 98 (46 M. 52 Fr.), angeboren 14 (10 M. 4 Fr.); nicht geisteskrank 9 (7 M. 2 Fr.). Heredität bei 51 (22 M. 29 Fr.), Alkoholmißbrauch 13 (9 M. 4 Fr.). Entlassen geheilt 7 (3 M. 4 Fr.), gebessert 47 (30 M. 17 Fr.), ungeheilt 128 (27 M. 101 Fr.). Gestorben sind 79 (51 M. 28 Fr.), davon infolge Paralyse 23, an Karzinom 3, an Tuberkulose 6 (4 M. 2 Fr.) = 7,88 % aller Todesfälle. Verpflegungskosten pro Kopf und Tag gegen das Vorjahr erhöht um 14,481 Pf. bei Kl. I, um 10,455 Pf. bei Kl. II, um 4,521 Pf. bei Kl. III. Gesamtausgabe 881 708,20 M.

Osnabrück (133): Anfangsbestand 409 (193 M. 216 Fr.). Zugang 189 (113 M. 76 Fr.). Abgang 209 (127 M. 82 Fr.). Bleibt Bestand 389 (179 M. 210 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 143 (78 M. 65 Fr.), an



ıralytischer 10 (9 M. 1 Fr.), an epileptischer 6 (4 M. 2 Fr.), an hysterischer 3 . M. 2 Fr.), Idiotie 17 (11 M. 6 Fr.), Alkoholismus 4 M. Nicht geisteskrank 6 M. rankheitsdauer vor der Aufnahme weniger als 3 Monate 68 (46 M. 22 Fr.), —6 Monate 14 (5 M. 9 Fr.), 6—12 Monate 16 (10 M. 6 Fr.), 1—2 Jahre 19 13 M. 6 Fr.), länger als 2 Jahre 51 (22 M. 29 Fr.), angeboren 15 (11 M. 4 Fr.). ls Krankheitsursache ist angegeben Alkoholismus bei 12 (11 M. 1 Fr.), Lues ei 4 (3 M. 1 Fr.), Senium 6 (4 M. 2 Fr.), Trauma bei 4 M., Haft 2 M., Wochenett 3 Fr., Heredität bei 63 (38 M. 25 Fr.). Erbliche Belastung insgesamt 79 49 M. 30 Fr.). Entlassen sind 170 (107 M. 63 Fr.), davon geheilt 8 (2 M. Fr.), gebessert 74 (46 M. 28 Fr.), nicht gebessert 69 (52 M. 17 Fr.), nicht eisteskrank 19 (7 M. 12 Fr.). Gestorben 39 (20 M. 19 Fr.), davon an Gehirnrweichung 5 M., Hirnhautentzündung 3 (1 M. 2 Fr.), Lungentuberkulose 1 Fr., uizid 1 M. In Konflikt mit dem Strafgesetz geraten 16 M. 2 Fr.

Lüneburg (123): Anfangsbestand 951 (506 M. 445 Fr.). Zugang 345 183 M. 162 Fr.). Abgang 329 (181 M. 148 Fr.). Bleibt Bestand 967 (508 M. 59 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 223 (94 M. 129 Fr.), n paralytischer Seelenstörung 34 (28 M. 6 Fr.), Epilepsie mit Seelenstörung 12 9 M. 3 Fr.), Imbezillität, Idiotie 36 (22 M. 14 Fr.), Alkoholismus und Delirium otat. 15 (14 M. 1 Fr.). Hysterie 8 (1 M. 7 Fr.). Zur Beobachtung aufgenommen 17 (15 M. 2 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme unter 3 Monaten bei 126 63 M. 63 Fr.), 3—6 Monate bei 27 (11 M. 16 Fr.), 6—12 Monate bei 15 (9 M. ; Fr.), 1—2 Jahre bei 41 (28 M. 13 Fr.), über 2 Jahre bei 77 (35 M. 42 Fr.), ngeboren 32 (18 M. 14 Fr.), unbekannt bei 26 (18 M. 8 Fr.). Als Krankheitsırsache anzunehmen Heredität bei 99 (42 M. 57 Fr.), Alkoholmißbrauch bei 30 26 M. 4 Fr.), Syphilis bei 23 (20 M. 3 Fr.), Trauma bei 11 (9 M. 2 Fr.), Schwanerschaft, Wochenbett, Klimakterium bei 7 Fr., Morphinismus 1 M. Entlassen als eheilt 14 (11 M. 3 Fr.), gebessert 84 (41 M. 43 Fr.), ungeheilt 100 (63 M. 37 Fr.), lavon in andere Anstalten überführt 46 (33 M. 13 Fr.), nicht geisteskrank 15 13 M. 2 Fr.). Gestorben sind 113 (51 M. 62 Fr.), davon infolge Paralyse 20 14 M. 6 Fr.), Tuberkulose 12 (6 M. 6 Fr.). Gesamtausgabe 1 660 498,86 M.

Langenhagen (117): A. Anstalt für Geisteskranke, Anfangsbestand 786 417 M. 369 w.). Zugang 75 (47 m. 28 w.). Abgang 59 (28 m. 31 w.). Bleibt Bestand 802 (436 m. 366 w.). Entlassen als gebessert 18 (10 m. 8 w.), nicht gebessert 22 (12 m. 10 w.). Gestorben 19 (6 m. 13 w.), davon 7 an Tuberkulose. Im Lazarett behandelt 473 (274 m. 199 w.), Durchschnittsbelegung 24 Kr. mit lurchschnittlich 19,15 Tagen. Von 158 Epileptikern im Laufe des Jahres ohne Anfälle 44 (26 m. 15 w.). Schulbesuch bei Beginn des Schuljahres 154 (92 m. 62 w.), bei Beginn des Winterhalbjahrs 161 (99 m. 62 w.). Schulentlassen, weil Unterricht aussichtslos, 17 (13 m. 4 w.). B. Filiale Himmelsthür, Anfangsbestand 94. Zugang 18. Entlassen 1. Gestorben 5 (2 an Tuberkulose). Bleibt Bestand 106. C. Beobachtungsstation für Geisteskranke. Aufgenommen wurden 375 Kr. (213 M. 162 Fr.), davon litten an einfacher Seelenstörung 220 (100 M. 120 Fr.), an Paralyse 47 (32 M.,15 Fr.), an Epilepsie 22 (16 M. 6 Fr.), Idiotie und Imbezillität 18 (12 M. 6 Fr.), Alkoholdelirium 42 (36 M. 6 Fr.), an Morphinismus

3 M., an Hysterie 9 (1 M.) 8 Fr.). Nicht geisteskrank waren 12 (11 M. 1 Fr.). Heredität war bei 102 (45 M. 57 Fr.), Lues bei 43 (31 M. 12 Fr.), Alkohol bei 60 (52 M. 8 Fr.), Apoplexie bei 7 (5 M. 2 Fr.), Alter bei 31 (11 M. 20 Fr.), Haft bei 17 (10 M. 7 Fr.) Krankheitsursache. Gestorben sind 21 (11 M. 10 Fr.), einer Anstalt überwiesen 148 (70 M. 78 Fr.).

Das Stift Isenwald bei Gifhorn (111): hatte im Berichtsjahre 1911/12 einen Zugang von 76 P. Abgang 77 P. Durchschnittsaufenthalt der Pfleglinge 172 Tage. Beachtenswert ist die hohe Zahl der seitens der Behörden — vorzüglich der Postbehörden — mit Unterstützung zum Besuch des Stifts beurlaubten Beamten (12) und der von den Landesversicherungsanstalten überwiesenen Pfleglinge (24).

Im Erziehungshaus „Zum guten Hirten" zu Werningerode-Hasserode (167) sind im Berichtsjahre verpflegt 33 Mädchen, davon waren 12 ausschließlich in Haus, Stall und Garten beschäftigt, 9 besuchten Schulunterricht, 12 konnten weder beschäftigt noch mit Erfolg unterrichtet werden.

Gehlsheim (100): Anfangsbestand 327 (178 M. 149 Fr.). Zugang 210 (110 M. 100 Fr.). Abgang 188 (97 M. 91 Fr.). Bleibt Bestand 349 (191 M. 158 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 153 (74 M. 79 Fr.), paralytischer Seelenstörung 8 (6 M. 2 Fr.), Seelenstörung mit Epilepsie 18 (13 M. 5 Fr.), Idiotie und Kretinismus 15 (8 M. 7 Fr.), Delirium potatorum 3 M., nicht geisteskrank 13 (6 M. 7 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme: bis 1 Monat 36 (17 M. 19 Fr.), 2—3 Monate 21 (9 M. 12 Fr.), 4—12 Monate 17 (5 M. 12 Fr.), 1—2 Jahre 98 (53 M. 45 Fr.), unbestimmte Dauer 22 (17 M. 5 Fr.). Heredität bei 75 (31 M. 44 Fr.). Entlassen als genesen 17 (12 M. 5 Fr.), gebessert 76 (42 M. 34 Fr.), ungeheilt 49 (23 M. 26 Fr.). Die Genesungsziffer beträgt 8,6 % der Aufnahmen. Gestorben sind 34 (15 M. 19 Fr.), davon an Tuberkulose 5 (1 M. 4 Fr.). Gesamtausgabe 272 270,18 M.

Sachsenberg (145): Anfangsbestand 581 (292 M. 289 Fr.). Zugang 136 (74 M. 62 Fr.). Abgang 133 (74 M. 59 Fr.). Bleibt Bestand 584 (292 M. 292 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 113 (56 M. 57 Fr.), paralytischer Seelenstörung 9 (6 M. 3 Fr.), Seelenstörung mit Epilepsie 7 (6 M. 1 Fr.), Idiotie und Kretinismus 4 (3 M. 1 Fr.), Delirium potatorum 0. Nicht geisteskrank waren 3 M. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis zu 1 Monat 33 (18 M. 15 Fr.), 2—3 Monate 9 (6 M. 3 Fr.), 4—12 Monate 10 (6 M. 4 Fr.), 1—2 Jahre 11 (4 M. 7 Fr.), mehr als 2 Jahre 60 (31 M. 29 Fr.). Heredität bei 51 (22 M. 29 Fr.). Entlassen genesen 24 (12 M. 12 Fr.), gebessert 37 (19 M. 18 Fr.), ungeheilt 25 (22 M. 3 Fr.). Gestorben 46 (20 M. 26 Fr.), davon an Tuberkulose 7 (5 M. 2 Fr.), an Karzinom 3 Fr. Gesamtausgabe 436 117,37 M.

Lewenberg (119): Anfangsbestand 243 (133 m. 110 w.). Zugang 32 (19 m. 13 w.). Abgang 20 (10 m. 10 w.). Bleibt Bestand 255 (142 m. 113 w.) und 2 externe Knaben. Vom Zugang litten an Epilepsie 5 (3 m. 2 w.), Hydrocephalus 2 m., Mikrocephalus 5 (3 m. 2 w.), Porenzephalie 2 (1 m. 1 w.), an motorischer Aphasie 2 m., Mongolentypus bei 2 m., Nasonomie bei 1 w., Heredität bei 33 (20 m. 13 w.), ferner anamnestisch als Krankheitsursachen Erkrankung der Mutter während der



Gravidität bei 6 (3 m. 3 w.), schwere Geburt bei 5 (4 m. 1 w.), Erkrankungen des Gehirns, der Hirnhäute und des Rückenmarks im späteren Lebensalter bei 5 (3 m. 2 w.), Schädelverletzung bei 1 m. Entlassen sind gebessert 9 (6 m. 3 w.), nicht gebessert 6 (1 m. 5 w.). Es starben 5 (3 m. 2 w.), davon 2 infolge Tuberkulose. Bei einem 20 jährigen männlichen Pflegling trat Thymustod beim Faradisieren ein. Im Durchschnitt beträgt der Abgang 7,22 (9,26) % der Verpflegten. Unterrichtet wurden 99 = 33,12 % der Verpflegten.

Strelitz (Alt-) (159): Der Bericht behandelt die Jahre 1910/1911. Anfangsbestand 1910: 190 (91 M. 99 Fr.). Zugang 59 (28 M. 31 Fr.). Abgang 53 (28 M. 25 Fr.). Bleibt Bestand für 1911: 196 (91 M. 105 Fr.). Zugang 1911: 73 (33 M. 40 Fr.). Abgang 72 (30 M. 42 Fr.). Bleibt Schlußbestand 1911: 197 (94 M. 103 Fr.). Vom Gesamtzugang (132) litten an einfacher Seelenstörung 77 (23 M. 54 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 7 (6 M. 1 Fr.), an Epilepsie mit und ohne Seelenstörung 13 (9 M. 4 Fr.), an Imbezillität, Idiotie, Kretinismus 11 (7 M. 4 Fr.); nicht geisteskrank 2 (1 M. 1 Fr.). Krankheitsdauer bis zu 1 Monat bei 32 (10 M. 22 Fr.), 2—3 Monate 11 (4 M. 7 Fr.), 4—6 Monate 7 (5 M. 2 Fr.), 7—12 Monate 8 (3 M. 5 Fr.), im 2. Jahre 4 M., über 2 Jahre 54 (26 M. 28 Fr.). Erblichkeit vorhanden bei 72 (30 M. 42 Fr.). Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten 16 (11 M. 5 Fr.). Entlassen genesen 26 (26 M. 14 Fr.), gebessert 23 (13 M. 10 Fr.), ungeheilt 36 (21 M. 15 Fr.). Gestorben sind in beiden Berichtsjahren zusammen 40 (12 M. 28 Fr.), 20 % davon an Tuberkulose. Gesamtausgabe 1910: 146 182,67 M., 1911: 157 247,52 M.

Strecknitz (158): Bestand 295 (125 M. 143 Fr.). Zugang 109 (61 M. 48 Fr.). Entlassen als geheilt 17 (8 M. 9 Fr.), gebessert 14 (5 M. 9 Fr.), ungeheilt 26 (13 M. 13 Fr.). Gestorben 30 (16 M. 14 Fr.). Bleibt Bestand 314 (170 M. 144 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 76 (40 M. 36 Fr.), an Paralyse 10 M., an Epilepsie 9 (4 M. 5 Fr.), Imbezillität 10 (5 M. 5 Fr.), Alkoholismus 2 (1 M. 1 Fr.). Erblich belastet vom Bestand 49,49 %, vom Zugang 28,85 %. Beschäftigung der M. im Monat und Tag durchschnittlich 41 M. 4½ Stunden, der Fr. 27 durchschnittlich 3¼ Stunden. Strecknitz wurde am 24. Oktober als Heilanstalt eröffnet, die bisherige Staats-Irrenanstalt geschlossen. Gesamtausgabe: 304 122,76 M.

Alsterdorfer Anstalten (75): Anfangsbestand 905 (524 m. 381 w.). Zugang 133 (80 m. 53 w.). Abgang 116 (77 m. 39 w.). Bleibt Bestand 922 (527 m. 395 w.). Vom Zugang litten an Imbezillität, Idiotie 108 (65 m. 43 w.), Epilepsie mit und ohne Seelenstörung 23 (13 m. 10 w.). Vom Gesamtbestand waren an Tuberkulose erkrankt 29, infolge einer Diphtheritisepidemie 103 (mit nur 3 Todesfällen). Gestorben sind 45, in eine Irrenanstalt überführt 15. Zahl der Verpflegungstage 332 294. Der Etat balanziert mit 500 000 M.

Friedrichsberg (104): Anfangsbestand 1445 (785 m. 660 w.). Zugang 1096 (599 m. 497 w.). Abgang 1231 (676 m. 555 w.). Bleibt Bestand 1310 (708 m. 602 w.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 583 (232 m. 351 w.), paralytischer Seelenstörung 191 (142 m. 49 w.), Imbezillität, Idiotie 83 (57 m. 26 w.), Epilepsie mit und ohne Geistesstörung 53 (33 m. 20 w.), Hysterie



21 (5 m. 16 w.), Alkoholismus 83 (73 m. 10 w.), Morphinismus u. a. 7 M., nicht geisteskrank 20 (19 m. 1 w.). Heredität nachgewiesen bei 125 (12 m. 113 w.). Alkoholmißbrauch bei 49 (41 m. 8 w.). Zur Beobachtung auf Grund § 81 Str.-P.-O. aufgenommen 34 (31 m. 3 w.). Entlassen geheilt 56 (22 m. 34 w.), gebessert 353 (175 m. 178 w.), ungebessert 621 (357 m. 264 w.). Gestorben sind 201 (122 m. 79 w.), davon infolge Paralyse 56 (48 m. 8 w.). Selbstmord 1. Abgegebene Gutachten: 163. Der Umbau der Anstalt und ihre Reorganisation ist der Durchführung näher gebracht. 6 große Pavillons sind im Bau. Die wissenschaftlichen Abende (Demonstrationen und Vorträge) zeigen regen Besuch von Ärzten aus Hamburg und Umgebung.

Langenhorn (104): Anfangsbestand 1421. Zugang 480. Abgang 248. Bleibt Bestand 1653. Entlassen sind 170, gestorben 78. Aus den Gefängnissen von Fuhlsbüttel zugeführt 19 geisteskranke M., zur Beobachtung laut Gerichtsbeschluß 12 (11 M. 1 Fr.). Von den Erweiterungsbauten der dritten Vergrößerung sind u. a. ein zweites gesichertes Haus, ein Beobachtungshaus für Männer, ein Pflegehaus zur Inbetriebnahme für Mitte 1913 fertiggestellt, 4 Pavillons, 2 Lazarette und 2 Überwachungshäuser in Angriff genommen.

Ellen (95): Anfangsbestand 600 (330 M. 270 Fr.). Zugang 450 (260 M. 190 Fr.). Abgang 442 (268 M. 174 Fr.). Bleibt Bestand 608 (322 M. 286 Fr.). Vom Zugang litten an Dementia praecox 124 (75 M. 49 Fr.), an Paranoia 3 M., an manisch-depressivem Irresein 72 (11 M. 61 Fr.), an Imbezillität 27 (16 M. 11 Fr.), apoplektischem Irresein 10 (5 M. 5 Fr.), an Dementia senilis 28 (19 M. 9 Fr.), an Lues cerebri 4 (1 M. 3 Fr.), an Paralyse und Tabesparalyse 30 (24 M. 6 Fr.), an konstitutioneller Psychopathie 21 (17 M. 4 Fr.), Hysterie 37 (14 M. 23 Fr.), an Epilepsie 22 (16 M. 6 Fr.) und an chronischem Alkoholismus 32 (30 M. 2 Fr.). Entlassen wurden 380 (233 M. 147 Fr.), davon geheilt 47 (= 10,63 %), gebessert 217 (= 49,55 %), ungeheilt 98 (= 22,17 %). Gestorben sind 62 (= 14,03 %). In Familienpflege am Schluß des Berichtsjahres 147 (74 M. 73 Fr.). Aus der Familienpflege in die Anstalt zurückverlegt wurden 58 (32 M. 26 Fr.). Beschäftigt 53 % der Männer, 41,5 % der Frauen. Überfüllung auf der Männerseite noch nicht behoben.

Wehnen (165): Anfangsbestand 310 (164 m. 146 w.). Zugang 131 (56 m. 75 w.). Abgang 124 (49 m. 75 w.). Bleibt Bestand 317 (171 m. 146 w.). Krankheitsformen der Aufgenommenen: Paralyse 9 m., Geistesstörung bei Hirnerkrankung 3 m., epileptisches Irresein 5 (4 m. 1 w.), Alkoholismus 5 (3 m. 2 w.), Dementia praecox 41 (16 m. 25 w.), manisch-depressives Irresein 33 (10 m. 23 w.), seniles Irresein 13 (2 m. 11 w.), angeborener Schwachsinn 2 w., Hysterie 6 (1 m. 5 w.), andere Formen des Irreseins 5 (2 m. 3 w.), psychopathische Konstitution (6 m. 3 w.). Entlassen geheilt 27 (8 m. 19 w.), gebessert 43 (16 m. 27 w.), ungeheilt 18 (5 m. 13 w.). Zur Beobachtung aufgenommen im Sinne § 81 St.-P.-O. 5 (4 m. 1 w.). An Tuberkulose erkrankt 11 P. Gestorben sind 30 (16 m. 14 w.), davon an Lungenschwindsucht 5. — Gesamtausgabe: 358 468,45 M.

In den Provinzialanstalten Westfalens (168) war am 1. April 1911 ein Anfangsbestand von 4571 Kr. Zugang 1317. Abgang 1130. Bleibt Bestand 4758.

Marsberg: Anfangsbestand 569. Zugang 145 (77 M. 68 Fr.). Abgang 187 (109 M. 78 Fr.). Bleibt Bestand 565. Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 118 (59 M. 59 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 4 M., Epilepsie mit Seelenstörung 6 M., Imbezillität, Idiotie 7 (4 M. 3 Fr.), Alkoholismus 2 M.; zur Beobachtung aufgenommen 5 (2 M. 3 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 1 Monat bei 28 (15 M. 13 Fr.), 2—3 Monate bei 12 (6 M. 6 Fr.), bis 6 Monate bei 10 (5 M. 5 Fr.), 6—12 Monate bei 11 (8 M. 3 Fr.), bis zu 2 Jahren bei 16 (7 M. 9 Fr.), 3—5 Jahre bei 7 (3 M. 4 Fr.), über 5 Jahre bei 22 (14 M. 8 Fr.), unbekannt 31 (17 M. 14 Fr.). Als Krankheitsursache angegeben Trunksucht bei 6 M., Trauma bei 2 M., Haft bei 1 M., Wochenbett usw. bei 10 Fr. Erbliche Belastung bei 13 (7 M. 6 Fr.). Entlassen als geheilt 36 (14 M. 22 Fr.), im Verhältnis zu den Aufnahmen 31,58 %, gebessert 54 (32 M. 22 Fr.), ungeheilt 17 (16 M. 1 Fr.), aus der Beobachtung 4 (1 M. 3 Fr.). Gestorben sind 38 (23 M. 15 Fr.) oder 5,32 % der Verpflegten, davon infolge Paralyse 2 M., Tuberkulose 10 (6 M. 4 Fr.), an Hitzschlag 1 M. Gesundheitszustand im ganzen gut.

Lengerich: Anfangsbestand 672 (371 M. 301 Fr.). Zugang 155 (102 M. 53 Fr.). Abgang 121 (73 M. 48 Fr.). Bleibt Bestand 706 (400 M. 306 Fr.), davon in Familienpflege 115 (69 M. 46 Fr.); zur Beobachtung eingeliefert 10 (9 M. 1 Fr.), darunter 2 m. Fürsorgezöglinge. Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 114 (71 M. 43 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 1 M., an Seelenstörung mit Epilepsie 2 M., Imbezillität, Idiotie 16 (10 M. 6 Fr.), Alkoholismus, Delirium pot. 8 (6 M. 2 Fr.), Hysterie 2 (1 M. 1 Fr.). Erbliche Belastung bei 84 (58 M. 26 Fr.), sonstige Krankheitsursachen: Trunksucht bei 19 (17 M. 2 Fr.), Körperverletzungen bei 9 (7 M. 2 Fr.), Haft bei 3 M., Lues bei 1 M., Schwangerschaft, Wochenbett usw. bei 8 Fr. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 1 Monat bei 14 (10 M. 4 Fr.), bis 3 Monate bei 21 (13 M. 8 Fr.), 3—6 Monate bei 13 (10 M. 3 Fr.), bis 1 Jahr bei 13 (7 M. 6 Fr.), bis zu 2 Jahren bei 14 (8 M. 6 Fr.), angeboren 12 (6 M. 6 Fr.), unbekannt bei 13 (6 M. 7 Fr.). Entlassen geheilt 19 (12 M. 7 Fr.), gebessert 43 (23 M. 20 Fr.), ungeheilt 25 (16 M. 9 Fr.), davon 13 in andere Anstalten übergeführt, aus der Beobachtung entlassen 8 (7 M. 1 Fr.), als ungeeignet 1 P. Gestorben sind 25 (14 M. 11 Fr.) oder 3,7 % der Verpflegten. Es starben davon an Tuberkulose 7 (3 M. 4 Fr.), Krebs 2 (1 M. 1 Fr.). Drei Fälle von Rose waren zu beobachten und häufigere Tuberkulose, ohne daß sich eine besondere Ursache erkennen ließ.

Münster: Anfangsbestand 630 (254 M. 376 Fr.). Zugang 177 (93 M. 84 Fr.). Abgang 184 (98 M. 86 Fr.). Bleibt Bestand 623 (249 M. 374 Fr.). Zur Beobachtung aufgenommen 22 (12 M. 10 Fr.), davon 8 Fürsorgezöglinge. Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 137 (65 M. 72 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 9 M., Seelenstörung mit Epilepsie 6 M., Imbezillität 3 (1 M. 2 Fr.). Erbliche Belastung angenommen bei 65 (31 M. 34 Fr.), als sonstige Krankheitsursache Trunksucht bei 9 M., Unfall bei 2 M., Lues bei 7 M., Schwangerschaft, Wochenbett usw. bei 11 Fr. Krankheitsdauer von der Aufnahme 1 Monat bei 14 (4 M. 10 Fr.), bis 3 Monate bei 29 (11 M. 18 Fr.), bis 6 Monate bei 15 (8 M. 7 Fr.), bis 1 Jahr bei 27 (15 M. 12 Fr.), bis 2 Jahre 13 (7 M. 6 Fr.), 5 und mehr



Jahre bei 62 (41 M. 21 Fr.), unbekannt bei 2 M. Entlassen als geheilt 34 (8 M. 26 Fr.), gebessert 42 (26 M. 16 Fr.), ungeheilt 67 (40 M. 27 Fr.), nach Beobachtung 23 (14 M. 9 Fr.). Gestorben sind 18 (10 M. 8 Fr.) oder 2,21 % der Verpflegten, infolge Tuberkulose starben 2.

Aplerbeck: Anfangsbestand 621 (329 M. 292 Fr.). Zugang 192 (86 M. 106 Fr.). Abgang 177 (95 M. 82 Fr.). Bleibt Bestand 648. In Familienpflege 21 (9 M. 12 Fr.); zur Beobachtung aufgenommen 41 (28 M. 13 Fr.), darunter 12 Fürsorgezöglinge. Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 122 (37 M, 85 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 10 M., Seelenstörung mit Epilepsie, Hysterie 8 (4 M. 4 Fr.), Imbezillität, Idiotie 6 (2 M. 4 Fr.), Alkoholismus 4 M. Unter den Paralytikern ausgesprochene Trunksucht bei 6 (4 M. 2 Fr.). Heredität bei 41 (16 M. 25 Fr.), sonstige Krankheitsursache: Trunksucht bei 6 (2 M. 4 Fr.), Lues bei 10 M., Trauma bei 3 Fr., Schwangerschaft, Geburt usw. bei 10 Fr. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 1 Monat bei 24 (11 M. 13 Fr.), bis 3 Monate bei 16 Fr., 3—6 Monate bei 15 (5 M. 10 Fr.), 6—12 Monate bei 10 (4 M. 6 Fr.), 1—2 Jahre bei 15 (7 M. 8 Fr.), über 2 Jahre bei 48 (23 M. 25 Fr.), lebenslänglich bei 5 (1 M. 4 Fr.), unbekannt bei 17 (7 M. 10 Fr.). Entlassen als geheilt 22 (7 M. 15 Fr.), gebessert 33 (11 M. 22 Fr.), ungeheilt 50 (31 M. 19 Fr.), nach Beobachtung 28 (24 M. 4 Fr.). Gestorben sind 44 (22 M. 22 Fr.) oder 5,33 % der Verpflegten, davon infolge Paralyse 7 (6 M. 1 Fr.), Tuberkulose 13 (6 M. 7 Fr.), an Karzinom 1 M., an Hitzschlag 1 M.

Warstein: Anfangsbestand 1250 (659 M. 591 Fr.). Zugang 410 (262 M. 148 Fr.), hiervon aus anderen Anstalten 93 (65 M. 28 Fr.). Abgang 373 (238 M. 135 Fr.). Bleibt Bestand 1287 (683 M. 604 Fr.), davon in Familienpflege 54 (15 M. 39 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 295 (166 M. 129 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 39 (34 M. 5 Fr.), an Epilepsie mit Seelenstörung 14 (13 M. 1 Fr.), Imbezillität, Idiotie 30 (20 M. 10 Fr.), Hysterie, Neurasthenie 3 M., Alkoholismus 15 (13 M. 2 Fr.); zur Beobachtung 23 (20 M. 3 Fr.), nicht geisteskrank 13 (12 M. 1 Fr.), mit dem Strafgesetz in Konflikt gewesen 39 (36 M. 3 Fr.). Erbliche Belastung bei 49 (37 M. 12 Fr.), sonstige Krankheitsursache Syphilis bei 31 (26 M. 5 Fr.), Trunksucht bei 25 (21 M. 4 Fr.), Unfall bei 9 (7 M. 2 Fr.), Strafhaft bei 6 (5 M. 1 Fr.), Geburt, Wochenbett usw. bei 9 Fr. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 1 Monat bei 52 (26 M. 26 Fr.), 1—3 Monate bei 56 (35 M. 21 Fr.), 3—12 Monate bei 106 (71 M. 35 Fr.), über 1 Jahr bei 130 (96 M. 34 Fr.), unbekannt bei 66 (34 M. 32 Fr.). Entlassen als geheilt 72 (36 M. 36 Fr.), gebessert 141 (84 M. 57 Fr.), ungeheilt 56 (35 M. 21 Fr.), nicht geisteskrank 6 (5 M. 1 Fr.), nach Beobachtung 16 M. Gestorben sind 82 (62 M. 20 Fr.) oder 4,94 % der Verpflegten. Es starben infolge Paralyse 31 (25 M. 6 Fr.), Tuberkulose 11 (7 M. 4 Fr.), Typhus 1 M., Karzinom 2 Fr., Rose 1 M.

Eickelborn: Anfangsbestand 817 (411 M. 406 Fr.). Zugang 238 (107 M. 131 Fr.). Abgang 126 (80 M. 46 Fr.). Bleibt Bestand 929 (438 M. 491 Fr.), davon im Bewahrhause 54 M., in Familienpflege 20 (11 M. 9 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 169 (70 M. 99 Fr.), an paralytischer Seelen-



örung 11 (10 M. 1 Fr.), Imbezillität, Idiotie 39 (18 M. 21 Fr.), Seelenstörung ıit Epilepsie 11 (4 M. 7 Fr.), Alkoholismus 4 (3 M. 1 Fr.); 63 Kr. waren aus nderen Anstalten übernommen, 20 Kr. der Neuaufnahmen erblich belastet. Zur Beobachtung 3 (2 M. 1 Fr.). Entlassen als geheilt 24 (16 M. 8 Fr.), gebessert 27 17 M. 10 Fr.), ungeheilt 8 (7 M. 1 Fr.), in andere Anstalten versetzt 7 (3 M. : Fr.), nach Beobachtung entlassen 3 (2 M. 1 Fr.), als nicht anstaltspflegebedürftig . M. Gestorben sind 56 Kr. oder 5,33 % der Verpflegten, es starben infolge Paralyse 3 M., Tuberkulose 13 (11 M. 2 Fr.), Krebs 2 Fr., Rose 2 M.

Eichberg (94): Anfangsbestand 735 (399 M. 336 Fr.). Zugang 231 (134 M. 97 Fr.). Abgang 207 (125 M. 82 Fr.). Bleibt Bestand 759 (408 M. 351 Fr.), Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis zu 3 Monaten bei 55 (24 M. 31 Fr.), 3—6 Monate 21 (9 M. 12 Fr.), mehr als 6 Monate bei 141 (95 M. 46 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 134 (63 M. 71 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 22 (21 M. 1 Fr.), an Imbezillität, Idiotie 34 (20 M. 14 Fr.), an Epilepsie 16 (14 M. 2 Fr.), Hysterie 7 (1 M. 6 Fr.), an Alkoholismus 10. Heredität bei 59 (40 M. 19 Fr.), Belastung durch Alkoholismus der Eltern 14 (12 M. 2 Fr.). Früherer Alkoholmißbrauch bei 34 der Aufgenommenen. Sonstige Krankheitsursachen: Syphilis bei 11 M., Arteriosklerose bei 5 (3 M. 2 Fr.), Senium 13 (12 M. 1 Fr.), Haft bei 4 (1 M. 3 Fr.), Kopfverletzung bei 8 M., Pubertät bei 1 M., Puerperium bei 1 Fr. Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten 52 (43 M. 9 Fr.). Entlassen wurden als genesen 10 (6 M. 4 Fr.), gebessert 72 (46 M. 26 Fr.), ungebessert 71 (41 M. 30 Fr.). Nicht geisteskrank 6 (3 M. 3 Fr.). Gestorben sind 48 (29 M. 19 Fr.), davon an Altersschwäche 14 (10 M. 4 Fr.), an Paralyse 8 (6 M. 2 Fr.), an Tuberkulose 5 (3 M. 2 Fr.). In Familienpflege waren im Anfang des Berichtsjahres 102 (37 M. 65 Fr.), am Schlusse desselben 107 (39 M. 68 Fr.). — Gesamtausgaben: 663 187,95 M.

St. Johannisstift zu Nieder-Marsberg: Die 1881 eröffnete Anstalt für Idioten wurde im April 1911 von der Provinz übernommen. Der Anfangsbestand im Berichtsjahre war 517 Pfleglinge. Zugang 82, Abgang 60. Bleibt Bestand 539. Vom Zugang litten an angeborener Idiotie, Imbezillität 42 (24 m. 18 w.), an erworbener 11 (8 m. 3 w.), an Epilepsie mit Idiotie 3 w., Hydrozephalie 5 (3 m. 2 w.), zerebralen Lähmungen 15 (10 m. 5 w.), Dystrophia muscularis und Idiotie 1 m., Mongolismus 5 (2 m. 3 w.). Erbliche Belastung bei 45 (32 m. 13 w.). 9 der Aufgenommenen waren unter 5 Jahre, 45 5—10, 24 10—15, 4 15—20 Jahre alt. Gebessert entlassen wurden 26 (13 m. 13 w.), ungeheilt 17 (16 m. 1 w.). Gestorben sind 16 (12 m. 4 w.), davon infolge Tuberkulose 11 (7 m. 4 w.).

Der Unterstützungsfonds der westfälischen Provinzialanstalten verausgabte im Berichtsjahr an Unterstützungen 3506,63 M. Der Fonds belief sich auf 32 967,86 M.

Weilmünster (166): Anfangsbestand 928 (463 M. 465 Fr.). Zugang 101 (62 M. 39 Fr.). Abgang 118 (67 M. 51 Fr.). Bleibt Bestand 911 (458 M. 453 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 51 (23 M. 28 Fr.), Paralyse 8 (7 M. 1 Fr.), Epilepsie mit Seelenstörung 5 (2 M. 3 Fr.), Hysterie 2 Fr., Imbezillität, Idiotie 18 (14 M. 4 Fr.), Alkoholismus 16 M. Krankheitsdauer



vor der Aufnahme bis 3 Monate 28 (18 M. 10 Fr.), 3—6 Monate 12 (5 M. 7 Fr.), über 6 Monate 60 (39 M. 21 Fr.). Von 100 Aufgenommenen erblich belastet 62, 40 M. = 60 %, 22 Fr. = 60 %. Sonstige Ursachen für den Ausbruch der Geistesstörung: Alkoholmißbrauch bei 28 (26 M. 2 Fr.), Syphilis 9 (7 M. 2 Fr.), Arteriosklerose 3 (2 M. 1 Fr.), Apoplexie 4 (3 M. 1 Fr.), Kopfverletzung 6 M., Haft 5 M., Senium 11 (4 M. 7 Fr.), Klimakterium, Wochenbett usw. 10 Fr. Entlassen geheilt 12 (10 M. 2 Fr.), gebessert 31 (11 M. 20 Fr.), ungeheilt 15 (10 M. 5 Fr.), nicht geisteskrank 2 M. Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten 35 M. 2 Fr., d. h. 57 % der zugeführten Männer, höchster bisher erreichter Prozentsatz. Gestorben sind 58 (34 M. 24 Fr.), davon an Tuberkulose 8 (6 M. 2 Fr.), an Typhus abdominalis 1 Fr. — Gesamtausgabe 661 306,56 M.

Herborn (107): Anfangsbestand 209 (118 M. 91 Fr.). Zugang 209 (112 M. 97 Fr.). Abgang 103 (55 M. 48 Fr.). Bleibt Bestand 315 (175 M 140 Fr.). Vom Zugang litten an einfaches Seelenstörung 131 (56 M. 75 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 21 (17 M. 4 Fr.), Imbezillität, Idiotie 15 (10 M. 5 Fr.), an Seelenstörung mit Epilepsie 14 (12 M. 2 Fr.), an hysterischer Seelenstörung 9 (2 M. 7 Fr.), Alkoholismus 18 (14 M. 4 Fr.); nicht geisteskrank 1 M. Erblichkeit durch Nerven- oder Geisteskrankheiten nachgewiesen in 86 Fällen, Belastung durch Alkoholismus der Eltern in 25 Fällen. Ursachen des Ausbruchs der Geistesstörungen: erbliche Belastung bei 111 (60 M. 51 Fr.), Alkoholmißbrauch bei 22 (19 M. 3 Fr.), eine Zahl, die hinter der Wirklichkeit sicher weit zurückbleibt, Syphilis bei 11 (9 M. 2 Fr.), Haft bei 3 M. Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten 68 (55 M. 13 Fr.), bei den Männern also ca. die Hälfte der Aufgenommenen. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 3 Monate bei 20 (11 M. 9 Fr.), 3—6 Monate bei 13 (10 M. 3 Fr.), mehr als 6 Monate bei 169 (86 M. 83 Fr.), von unbekannter Dauer bei 6 (4 M. 2 Fr.). Entlassen geheilt 13 (6 M. 7 Fr.), gebessert 27 (16 M. 11 Fr.), ungebessert 24 (18 M. 6 Fr.). Gestorben sind 38 (14 M. 24 Fr.), davon infolge Paralyse 14 (10 M. 4 Fr.), an Tuberkulose 4 Fr. Für den Verlauf der Tuberkulose ist das rauhe Klima ungünstig. Die Gebäude des ersten Bauteils sind fertiggestellt, ein weiteres Krankenhaus in Betrieb genommen. Aus der Frankfurter Irrenanstalt sind im Berichtsjahr 120 P. übernommen. — Gesamtausgabe 355 804,07 M.

Der Hilfsverein für die Geisteskranken in Hessen (108) hatte im Jahre 1912 eine Ausgabe von 45 485,50 M. und eine Einnahme von 45 555,11 M. Für 59 in Anstalten befindliche Pfleglinge wurden 1004,24 M. aufgewandt, bei und nach der Entlassung erhielten 208 Pers. 13 687,49 M., Angehörige von 108 Pfl. 9369,90 M., für 12 psychisch Nervöse 1092,15 M., während für in Familien untergebrachte Pfleglinge 11 839,06 M. ausgegeben wurden. Eine besondere Propagandakommission ist begründet worden.

Lindenhaus (121): Anfangsbestand 383 (189 M. 194 Fr.). Zugang 104 (62 M. 42 Fr.). Abgang 107 (65 M. 42 Fr.). Bleibt Bestand 380 (186 M. 194 Fr.). Von den Verpflegten litten an einfacher Seelenstörung 372 (177 M. 195 Fr.), an Seelenstörung durch Syphilis 14 (11 M. 3 Fr.), an Imbezillität, Idiotie 32 (12 M. 20 Fr.), an Epilepsie 36 (24 M. 12 Fr.), Alkoholismus 20 M., Hysterie 7 (2 M. 5 Fr.); nicht geisteskrank 1 M. Krankheitsdauer vor der Aufnahme: unter 1 Jahr

bei 99 (20,3 %), 1—2 Jahre 37 (7,5 %), 2—4 Jahre 47 (9,6 %), 4—6 Jahre 64 (13,1 %), 6—8 Jahre 46 (9,4 %), 8—10 Jahre 44 (9 %), mehr als 10 Jahre 130 (26,6 %), mit unbekannter Zeit 20 (4,1 %). Heredität bei Geisteskrankheit und Nervenleiden 232 (115 M. 117 Fr.) = 47,5 %, bei Trunksucht 112 (79 M. 33 Fr.) = 22,9 %, Syphilis 30 (13 M. 17 Fr.) = 6 %, Tuberkulose 44 (24 M. 20 Fr.) = 8,9 %. Als Trinker bekannt waren 70 (60 M. 10 Fr.) = 16,4 %; mit dem Strafgesetz in Konflikt 76 (61 M. 15 Fr.) = 15,6 %. Erkrankt waren im Anschluß an Entwicklungsjahre 12 = 2,4 %, Wechseljahre 29 = 5,9 %, Schwangerschaft, Entbindung 31 = 6,3 %, Haft 16 = 3,2 %, Gefäßverkalkung 36 = 7,3 %, Syphilis 20 = 4,1 %, Tuberkulose 12 = 2,4 %, Typhus 7 = 1,4 %. Zur Beobachtung überwiesen 4 M. Entlassen als erwerbsfähig 31 (22 M. 9 Fr.) = 43,1 %, gebessert, nicht erwerbsfähig 34 (15 M. 19 Fr.) = 47,2 %, ungeheilt 7 (3 M. 4 Fr.) = 9,7 %. Gestorben sind 27 = 5,5 %, und zwar im Durchschnittsalter von 48 Jahren, davon an Lungenentzündung 9, an Lungenschwindsucht 4, an allgemeiner Tuberkulose 2. Beschäftigung in immer größerem Umfang. — Gesamtausgabe: 51 338,99 M.

In den Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten der Rheinprovinz (138) war der Anfangsbestand insgesamt 6789 (3629 M. 3160 Fr.). Zugang 4474 (2633 M. 1841 Fr.). Abgang 3860 (2296 M. 1564 Fr.). Bleibt Bestand 7403 (3966 M. 3437 Fr.). Davon entfielen auf

Andernach: Anfangsbestand 556 (287 M. 269 Fr). Zugang 297 (144 M. 153 Fr.). Abgang 283 (145 M. 138 Fr.). Bleibt Bestand 570 (286 M. 284 Fr.).

Bedburg-Hau: Anfangsbestand 977 (535 M. 442 Fr.). Zugang 994 (623 M. 371 Fr.). Abgang 354 (232 M. 122 Fr.). Bleibt Bestand 1617 (926 M. 691 Fr.).

Bonn: Anfangsbestand 890 (451 M. 439 Fr.) Zugang 638 (363 M. 275 Fr.). Abgang 625 (373 M. 252 Fr.). Bleibt Bestand 903 (441 M. 462 Fr.).

Düren: Anfangsbestand 715 (384 M. 331 Fr.). Zugang 234 (113 M. 121 Fr.). Abgang 281 (149 M. 132 Fr.). Bleibt Bestand 668 (348 M. 320 Fr.).

Galkhausen: Anfangsbestand 872 (440 M. 432 Fr.). Zugang 590 (312 M. 278 Fr.). Abgang 625 (340 M. 285 Fr.). Bleibt Bestand 837 (412 M. 425 Fr.).

Grafenberg: Anfangsbestand 893 (494 M. 399 Fr.). Zugang 771 (500 M. 271 Fr.). Abgang 750 (492 M. 258 Fr.). Bleibt Bestand 914 (502 M. 412 Fr.).

Johannistal: Anfangsbestand 1050 (586 M. 464 Fr.). Zugang 539 (331 M. 208 Fr.). Abgang 502 (311 M. 191 Fr.). Bleibt Bestand 1087 (606 M. 481 Fr.).

Merzig: Anfangsbestand 772 (388 M. 384 Fr.). Zugang 383 (219 M. 164 Fr.). Abgang 411 (225 M. 186 Fr.). Bleibt Bestand 744 (382 M. 362 Fr.).

Brauweiler: Anfangsbestand 64 Männer. Zugang 28. Abgang 29. Bleibt Bestand 63.

Vom Gesamtzugang litten an einfacher Seelenstörung 2932 (1491 M. 1441 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 338 (265 M. 73 Fr.), an Seelenstörung mit Epilepsie 427 (317 M. 110 Fr.), an Epilepsie 136 (101 M. 35 Fr.), Imbezillität, Idiotie, Kretinismus 299 (154 M. 145 Fr.), am Delirium potatorum 203 (183 M. 20 Fr.); nicht geisteskrank 139 (122 M. 17 Fr.). Vor der Aufnahme mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten 663 (599 M. 64 Fr.) = 12,6 % gegen 14,3 % im Vorjahr. Die drei Bewahrhäuser für geisteskranke Verbrecher, in Düren 48, Brau-

weiler 60, Bedburg-Hau 58, sind voll belegt. Erbliche Belastung bestand bei 1190 (672 M. 518 Fr.) = 25,2 % der Aufgenommenen (im Vorjahre 30,6 %). Alkoholmißbrauch dem Ausbruch der Geisteskrankheit vorhergegangen bei 447 (397 M. 50 Fr.) = 9,9 % gegen 8,4 % im Vorjahr. Syphilitische Ansteckung bei 206 (177 M. 29 Fr.) der Aufnahmen = 4,6 %, wie im Vorjahr, eine solche unter den Paralytikern (338 [265 M. 73 Fr.]) bei 153 (131 M. 22 Fr.) = 45,2 % gegen 53,4 % im Vorjahr. Entlassen genesen sind 570 (363 M. 207 Fr.), gebessert 1041 (583 M. 458 Fr.), ungeheilt 1354 (772 M. 582 Fr.), davon an andere Anstalten überwiesen 848 (519 M. 329 Fr.), als nicht geisteskrank ausgeschieden 142 (126 M. 16 Fr.). Von den geheilt und gebessert Entlassenen kommen im Verhältnis zu den Aufnahmen auf Andernach 11,7 %, Bedburg-Hau 8,7 %, Bonn 17,1 %, Düren 10,8 %, Galkhausen 19,3 %, Grafenberg 17,8 %, Johannistal 13,3 %, Merzig 13,7 %, Brauweiler 15,2 %. — Gestorben sind 753 (452 M. 301 Fr.) = 6,6 % des Verpflegungsbestandes (6,7 % im Vorjahre); infolge Paralyse starben 193 (160 M. 33 Fr) = 25,6 % der Todesfälle, 1,3 % mehr als im Vorjahr; durch Unglücksfälle starben 2, durch Selbstmord 1. — Von den Verpflegten waren tuberkulös 119 (63 M. 56 Fr.) = 1,1 % gegen 1,4 % im Vorjahr, tuberkuloseverdächtig 66 (21 M. 45 Fr.) = 0,5 %. Infolge Tuberkusloe starben 52 (31 M. 21 Fr.) = 0,5 % der Verpflegten (0,6 % im Vorjahr), höchstbeteiligt waren Bedburg-Hau mit 18 %, Düren mit 17,1 % der Tuberkulosen. An Karzinom erkrankt 6, gestorben 1. Erysipel in allen Anstalten, außer Brauweiler, mit 71 Fällen und 3 mal tötlichem Verlauf; Typhus sporadisch in Andernach, Bedburg-Hau, Bonn und Brauweiler, auch in Merzig Typhusbazillenträger. Die Ruhr in Düren konnte noch nicht zum Erlöschen gebracht werden, dort sind am Schluß des Berichtsjahres abgesondert 48 (35 M. 13 Fr.), davon in der Abteilung für Infektionskrankheiten 35. — Beschäftigt wurden durchschnittlich in Andernach 53 %, Bedburg-Hau 60 %, Bonn 54 %, Düren 59 %, Galkhausen 59,1 %, Grafenburg 53 %, Johannistal 57 %, Merzig 50,5 %, Brauweiler 71,4 % der Kranken IV. Klasse. — Durchschnittskosten pro Tag und Kranken 1,94 M. gegen 1,95 M. im Vorjahr. — Gesamtausgabe 5 101 870,90 M., davon an außergewöhnlichen Bauausgaben 49 035 M.

Der Hilfsverein für Geisteskranke in der Rheinprovinz (137) verausgabte im Jahre 1912 an Unterstützungen an Kranke oder deren Angehörige 23 778,85 M. An den Beiträgen beteiligen sich die Regierungsbezirke mit namhaften Summen (Koblenz 10 400 M., Düsseldorf 12 600 M.), es sind insgesamt 36 932,64 M. vereinnahmt. Das Mitgliederverzeichnis gibt einen Ausweis über die laufenden und einmaligen Beiträge. Der Verein dient der Verhütung von Geisteskrankheit, der sachkundigen Belehrung und der Unterstützung, auch der Entlassenen.

Tannenhof (160): Anfangsbestand 481 (235 M. 246 Fr.). Zugang 156 (91 M. 65 Fr.). Abgang 163 (99 M. 64 Fr.). Bleibt Bestand 474 (227 M. 247 Fr.). An einfacher Seelenstörung litten 113 (57 M. 56 Fr.), an Paralyse 25 (24 M. 1 Fr.), an Lues cerebrospinalis 2 M., an Imbezillität und Instabilität 5 (4 M. 1 Fr.), an Epilepsie mit Seelenstörung 3 M., an Alkoholismus 4 M., an Morphinismus und an Opiophagie 3 (2 M. 1 Fr.). Entlassen als genesen 8 (4 M. 4 Fr.), gebessert 49 (30 M. 19 Fr.), ungeheilt 46 (24 M. 22 Fr.); nicht geistes-



krank 6 (5 M. 1 Fr.). Gestorben sind 54 (36 M. 18 Fr.), davon infolge Paralyse 16 (15 M. 1 Fr.), an Tuberkulose 1 M. — Gesamtausgabe ca. 500 000 M.

Bergmannswohl (80): Aufnahmen 1533 Unfall- und Nervenkranke. Von 1478 im Berichtsjahr entlassenen Kranken entfallen auf 1254 zur Beobachtung Aufgenommene 8062 Verpflegungstage, durchschnittlich = 6,4 Tage, auf 224 zur Behandlung Aufgenommene 10 334 Verpflegungstage, durchschnittlich = 46 Tage für die Person. Mit Erfolg sind behandelt 198, ohne Erfolg 26. Wesentliche Veränderungen sind im Betriebe der Anstalt nicht vorgenommen.

In den Heil- und Pflegeanstalten des Königreichs Sachsen (144) betrug der Gesamtbestand im Beginn des Jahres 1911: 5237 (2470 m. 2767 w.), Bestand demnach um 94 (50 m. 44 w.) höher als zu Beginn des vorhergehenden Jahres. Zugang insgesamt 801 (429 m. 372 w.). Abgang insgesamt 912 (483 m. 429 w.). Bleibt Gesamtschlußbestand 5126 (2416 m. 2710 w.). — Am Gesamtergebnis waren beteiligt: Sonnenstein: Anfangsbestand 650 (347 m. 303 w.). Zugang 121 (68 m. 53 w.). Abgang 124 (75 m. 49 w.). Bleibt Bestand 647 (340 m. 307 w.). Untergöltzsch: Anfangsbestand 600 (278 m. 322 w.). Zugang 132 (73 m. 59 w.). Abgang 180 (93 m. 87 w.). Bleibt Bestand 552 (258 m. 294 w.). Großschweidnitz: Anfangsbestand 534 (241 m. 293 w.). Zugang 114 (57 m. 57 w.). Abgang 125 (57 m. 68 w.). Bleibt Bestand 523 (241 m. 282 w.). Zschadraß: Anfangsbestand 548 (272 m. 276 w.). Zugang 115 (48 m. 67 w.). Abgang 87 (39 m. 48 w.). Bleibt Bestand 576 (281 m. 295 w.). Hubertusburg: Anfangsbestand 1549 (603 m. 946 w.). Zugang 166 (84 m. 82 w.) Abgang 265 (120 m. 145 w.). Bleibt Bestand 1450 (567 m. 883 w.). Colditz: Anfangsbestand 587 (301 m. 286 w.). Zugang 46 (33 m. 13 w.). Abgang 45, (32 m. 13 w.). Bleibt Bestand 588 (302 m. 286 w.). Hochweitzschen: Anfangsbestand 769 (428 m. 341 w.). Zugang 107 (66 m. 41 w.). Abgang 86 (67 m. 19 w.). Bleibt Bestand 790 (427 m. 363 w.). (Die Landesanstalt für Geisteskranke zu Waldheim, mit einem Bestand von 218 Kranken, wird gesondert behandelt und ist an vorstehendem Gesamtergebnis nicht beteiligt.)

Vom Gesamtzugang litten an einfacher Seelenstörung 510 (214 m. 296 w.), an paralytischer Seelenstörung 78 (68 m. 10 w.), an Seelenstörung mit Epilepsie und Hysteroepilepsie 15 (1 m. 14 w.), an chronischem Alkoholismus 11 (10 m. 1 w.), an Imbezillität und Idiotie 39 (26 m. 13 w.), an manisch-depressivem Irresein 133 (46 m. 87 w.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis zu 3 Monaten in 180, bis zu 6 Monat in 81, bis zu 12 Monat in 80, bis 2 Jahre in 57, 5 Jahre 19, über 5 Jahre 94, von Kindheit an in 33 Fällen. In Colditz finden sich infolge der Aufnahme hauptsächlich chronisch Kranker zumeist längere vorherige Krankheitszeiten, und zwar bei 46 Aufnahmen Fälle bis zu 12 Monat 3, 2 Jahre 4, 5 Jahre 14, über 5 Jahre 14, von Kindheit an 6. Von den in der Anstalt für Epileptische in Hochweitzschen aufgenommenen Kranken litten an Epilepsie 10 (5 m. 5 w.), an Epilepsie mit Schwachsinn 82 (52 M. 30 Fr.), mit Blödsinn 11 (7 m. 4 w.), nicht an Epilepsie 4 (2 m. 2 w.). Insgesamt 85,5 % der aufgenommenen Epilektiker litten an Geistesschwäche, teils von Geburt an, teils später erworben. Die Einteilung der Epileptiker (103) auf Grund vorwiegend ätiologischen Prinzips ergibt



folgende Prozentzahlen: genuine Epilepsie 87,4 %, Epilepsie bei Herderkrankung 5,8 %, traumatische 4,8 %, Spätepilepsie 1 %, Trinkerepilepsie 1 %. — Heredität fand sich beim Gesamtzugang von 302 mit 45,1 %, bei den 103 in Hochweitzschen aufgenommenen Epileptikern unter 75 Kranken = 72,8 %. — In ca. 50 Fällen des Gesamtzugangs war Alkoholmißbrauch Mitursache der Geistesstörung. — Bei nur 5 % der Epileptiker war Kopfverletzung, bei einer Anzahl Syphilis nachgewiesen.

Als genesen bzw. wesentlich gebessert wurden insgesamt beurlaubt oder entlassen 315 (150 m. 165 w.), und zwar in Sonnenstein 57, Untergöltzsch 80, Großschweidnitz 64, Zschadraß 47, Hubertusburg 67. Aus der Pflegeanstalt Colditz sind 10 (3 m. 7 w.) genesen bzw. gebessert entlassen, aus der Anstalt für Epileptische in Hochweitzschen 33 (27 m. 6 w.), wovon 4 (3 m. 1 w.) als geheilt, 29 (24 m. 5 w.) als gebessert bezeichnet werden konnten. — Das Verhältnis der Geheilten und Gebesserten zu den Zuführungen betrug in den Heil- und Pflegeanstalten 315 : 648 = 48,6 %, in der Pflegeanstalt Colditz 10 : 46 = 22 %, in der Anstalt für Epileptische (Hochweitzschen) 33 : 107 = 30,8 %.

Gestorben sind in den Heil- und Pflegeanstalten eines natürlichen Todes insgesamt 277 (163 m. 114 w.), davon in Sonnenstein 44, Untergöltzsch 54, Großschweidnitz 41, Zschadraß 26, Hubertusburg 86, Colditz 26. Mortalität demnach etwa 6,2 % des Durchschnittsbestandes (4449). Von den Epileptikern in Hochweitzschen starben insgesamt 34 (25 m. 9 w.), 67,6 % der Todesfälle mittelbarer oder unmittelbarer Ausgang der Epilepsie. — In den übrigen Anstalten war Todesursache u. a. Paralyse an sich in 78 (68 m. 10 w.), Arteriosklerose in 9, Tuberkulose verschiedener Form in 51 Fällen; Typhus 1, Dysenterie 1, Selbstmord insgesamt 2. — Epidemische Erkrankungen in größerem Maßstabe sind weiter nicht zu verzeichnen, in Großschweidnitz 4, in Colditz 2 Typhusfälle, in Hubertusburg keiner, hier starben 2 Bazillenträgerinnen, bei der einen wuchsen auf den von Galle, Milz und Knochenmark angelegten Agarplatten Reinkulturen von Typhusbazillen. — Ein Haus für 48 unruhige epileptische Frauen ist in Hochweitzschen im Bau, ein allen Anforderungen entsprechendes Krankenhaus wird in Großschweidnitz errichtet, das zur Aufnahme ruhiger, körperlich kranker Pfleger und Pflegerinnen bestimmt ist. — Bei den zur Beobachtung gerichtsseitig Zugewiesenen handelte es sich um 25 Straf- und um 3 Zivilsachen.

In der Landesanstalt zu Waldheim war der Anfangsbestand 1911: 218 (196 frei Verpflegte, 22 zu beobachtende Strafgefangene). Zugang 56. Abgang 41. Bleibt Bestand 233 (210 frei Verpflegte, 23 Strafgefangene). Direkt aus Strafvollzug kamen 34 = 60,7 %, zur Beobachtung nach § 81 Str.-P.-O. 6 Pers. Von den Zugeführten waren erkrankt an einfacher Seelenstörung 45 = 86,5 %, an Seelenstörung mit Epilepsie 3 = 5,8 %, Imbezillität 4 = 7,7 %. Heredität nachgewiesen in 20, angeborene Anlage in 36, Alkoholmißbrauch in 14, Haft in 19, Kopfverletzung, Syphilis in je 4 Fällen. Von den Abgegangenen gelangten in Strafhaft zurück 10, in andere Anstalten 7. Gestorben sind 6. Ein Homosexueller (mit begangenem Lustmord) wurde nach 15 jährigem Aufenthalt entlassen.

In der Strafanstalt zu Bautzen war der Anfangsbestand 1911: 69; Zugang 18. Abgang 23. Verblieben am Jahresschluß 64 Kranke.



Die psychiatrische und Nervenklinik der Universität Leipzig besaß einen Anfangsbestand von 149. Zugang 929. 18 Pers. waren unter 16 Jahre alt, bei 212 konnte Erblichkeit, bei 225 Alkoholmißbrauch nachgewiesen werden.

In der Heilabteilung der städtischen Heil- und Pflegeanstalt zu Dresden sind 1270 (749 m. 521 w.) behandelt; hierunter befanden sich 667 Geisteskranke, 196 Nervenkranke und 309 Alkoholkranke. Bei 450 war Erblichkeit, bei 418 Alkoholmißbrauch nachweisbar. — Die Pflegeabteilung hatte einen Krankenbestand von 1984 (912 m. 1072 w.), hiervon Geisteskranke 1143, Nervenkranke 255, Alkoholkranke 104. — Im Luisenhaus Dresden-Löbtau war der Anfangsbestand 185. Zugang 31. Abgang 29 und ein Endbestand von 187 (118 M. 69 Fr.). — In der Heilanstalt der Stadt Dresden zu Klingenberg waren 49, der Hauptsache nach trunksüchtige Männer mit 8817 Verpflegungstagen untergebracht.

An der Heilanstalt Dösen der Stadt Leipzig war zu Beginn des Berichtsjahres (1911) ein Anfangsbestand von 1207 (655 m. 551 w.). Zugang 604 (431 m. 173 w.). Entlassen 625 (459 m. 166 w.). Schlußbestand 1186 (628 m. 558 w.). Die Anstalt leidet an Überfüllung. Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 271. (171 m. 100 w.), an paralytischer 87 (62 m. 25 w.), an Imbezillität, Idiotie 54 (38 m. 16 w.), an Epilepsie 52 (40 m. 12 w.), an Hysterie 19 (7 m. 12 w.), an Alkoholismus 100 (96 m. 4 w.). Progressive Paralyse war mit 14,4 % (bei 87), Alkoholmißbrauch mit 16,5 % (bei 100) aller Zuführungen beteiligt. Erblichkeit wurde nachgewiesen bei 42,7 % aller Aufgenommenen, und zwar bei 44,3 % der Männer und 38,7 % der Frauen. Unter den an einfacher Seelenstörung Leidenden waren erblich belastet 44,6 %, unter den Paralytikern 14,9 %, Imbezillen und Idioten 48,1 %, Epileptikern 36,5 %, Hysterischen 52,6 %, und von den Alkoholkranken 62 %. Entlassen als geheilt wurden 30 (26 m. 4 w.), gebessert 303 (242 m. 61 w.), ungeheilt 124 (76 m. 48 w.), hiervon in andere Anstalten überführt 95 (57 m. 38 w.). Verstorben sind 168 (115 m. 53 w.), 10,7 % aller Todesfälle betrafen Tuberkulose. In Familienpflege befanden sich: Bestand 1910 in 32 Pflegefamilien 65 (34 m. 31 w.). Zugang zu 12 Pflegefamilien 50 (29 m. 21 w.). Abgang aus 5 Pflegefamilien 32 (20 m. 12 w.). Bleibt Schlußbestand Ende 1911 bei 39 Pflegefamilien 83 (43 m. 40 w.). Entlassen aus der Familienpflege sind 5 (3 m. 2 w.). Verstorben 1 M. Die übrigen wurden in die Anstalt zurückverlegt. Das Zahlenverhältnis der in Pflege Gegebenen zu den in die Anstalt Zurückgenommenen hat sich infolge sorgfältigerer Auswahl mit 50 : 26, gegen 27 : 32 im Vorjahre gebessert. Die Belassung von Alkoholikern in Familienpflege bietet auch hier Schwierigkeiten. In der sog. Außenabteilung, in der Alkoholiker mit Gartenarbeit beschäftigt werden, betrug der Anfangsbestand 10. Schlußbestand 8. Im Jahresverlauf dorthin verlegt 26, in die Anstalt zurückgenommen 3, gänzlich entlassen 25.

Die Anstalt der Stadt Leipzig in Leipzig-Thonberg hatte einen Anfangsbestand von 33, einen Zu- und Abgang von je 12. Gesamtverpflegung 64 (30 M. 34 Fr.).

Die Städtische Nervenheilanstalt Chemnitz behandelte bei 326 Betten 823 (507) m. 316 w.) Kranke, davon 471 Geisteskranke, 100 Nervenkranke und 68 Alkoholkranke.



In den Privatirren- und Nervenheilanstalten in Neukoswig (Lindenhof), Tharandt, Möckern, Prödel, Elsterberg und Erdmannshain sind bei einer Gesamtbettenzahl von 245 insgesamt 548 (267 m. 281 w.) Kranke untergebracht gewesen.

Die Landesanstalt Chemnitz-Altendorf hatte in der Abteilung für Schwachsinnige einen Anfangsbestand von 545 und einen Zugang von 122 (62 Kn. 60 Md.). 13,1 % des Zugangs war unehelicher Herkunft, bei 47,5 % Nerven- und Geisteskrankheit in der Verwandtschaft. In 18 Fällen war Alkoholmißbrauch der Eltern und Voreltern alleinige, in 16 Fällen mitwirkende Ursache. Rachitis bei 23,8 %, Skrofulose bei 31, Tuberkulose der Eltern in 10 Fällen erwiesen.

Dresden (92): Im Jahre 1912 wurden insgesamt verpflegt 3585 (1784 M. 1801 Fr.) gegen 3188 (1620 M. 1568 Fr.) i. J. 1910. In Familienpflege befanden sich 1910: 103, 1911: 113, 1912: 99. Aufnahmen in der Heilanstalt gesteigert von 1173 i. J. 1910 auf 1326 i. J. 1912, in der Heilanstalt für geistig Sieche 1910: 551, 1912: 616. Von den in der Heilanstalt Aufgenommenen waren erkrankt an fortschreitender Hirnlähmung 1909: 103 (78 M. 25 Fr.), 1910: 134 (95 M. 39 Fr.), 1911: 118 (87 M. 31 Fr.), 1912: 159 (122 M. 37 Fr.), mit nachweisbarer syphilitischer Ansteckung 1909: 33 (23 M. 10 Fr.), 1910: 58 (48 M. 10 Fr.), 1911: 71 (65 M. 6 Fr.), 1912: 144 (114 M. 30 Fr.); an einer Trinkerkrankheit erkrankt 1909: 34,17 %, 1910: 29 %, 1911: 36,57 %, 1912: 38,85 % aller verpflegten Männer. Geheilt entlassen 1909: 197 (123 M. 74 Fr.), 1910: 160 (109 M. 51 Fr.), 1911: 165 (122 M. 43 Fr.), 1912: 141 (106 M. 35 Fr.). Verstorben 1909: 53 (33 M. 20 Fr.), 1910: 59 (44 M. 15 Fr.), 1911: 40 (25 M. 15 Fr.), 1912: 53 (29 M. 24 Fr.), davon an Lungenentzündung 1912: 6 Pers., in den Vorjahren 11, 6 u. 5, an fortschreitender Hirnlähmung 9 bzw. 5, 7 u. 6, an Schlaganfall 7 bzw. 0, 6 u. 9. In der Pflegeanstalt starben 1912 bei einem Bestand von 1022 Verpfl. 25 Pers., 1909 von 960 Verpfl. 38, 1910 von 986 Verpfl. 28, 1911 von 909 Verpfl. 23. — Gesamtausgabe 1910: 1 162 287,39 M., 1912: 1 221 046,78 M.

Roda, Genesungshaus (139): Anfangsbestand 433 (230 m. 203 w.). Zugang 177 (89 m. 88 w.). Abgang 168 (77 m. 91 w.). Bleibt Bestand 442 (242 m. 200 w.). In Familienpflege befanden sich zu Beginn des Berichtsjahres 33 (16 M. 17 Fr.), am Schluß des Jahres 1912: 34 (17 M. 17 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 118 (47 m. 71 w.), an paralytischer Seelenstörung 23 (16 m. 7 w.), an Idiotie, Imbezillität 11 (9 m. 2 w.), an Epilepsie mit und ohne Seelenstörung 8 (5 m. 3 w.), an Hysterie 7 (2 m. 5 w.), an Alkoholismus 5 M. Heredität nachgewiesen bei 116 (58 m. 58 w.), Alkoholmißbrauch bei 25 (22 m. 3 w.). Entlassen geheilt 36 (13 m. 23 w.), gebessert 60 (28 m. 32 w.), ungeheilt 20 (9 m. 11 w.). Gestorben 52 (27 m. 25 w.), davon an Lungenentzündung 23 (11 m. 12 w.), an Lungentuberkulose 2 (1 m. 1 w.), an Marasmus 11 (4 m. 7 w.), an Typhus abdominalis 2 M.

Roda, Martinshaus (140): Anfangsbestand 84 (50 m. 34 w.). Zugang 21 (12 m. 9 w.), Abgang 18 (13 m. 5 w.). Bleibt Bestand 87 (49 m. 38 w.). Von den im Berichtsjahre verpflegten Idioten waren behaftet mit Epilepsie allein 21 (15 m. 6 w.), mit Chorea 6 m., mit Lähmungen der Hirnnerven 9 (5 m. 4 w.),



der Gliedmaßen 7 (1 m. 6 w.), mit Epilepsie und Lähmungen 1 m. Von 105 Idioten besuchten die Schule 76 (44 m. 32 w.), davon mit Erfolg 60 (34 m. 26 w.). Erbliche Disposition war vorhanden rücksichtlich Geistes- und Nervenkrankheiten bei 51, Alkoholismus 20 (10 m. 10 w.), Syphilis 6, Tuberkulose 11 (6 m. 5 w.). Gestorben sind 12, davon im Status epilepticus 1 m., an Lungenentzündung 1 w.

Blankenhain i. Thür. (82): Der Bericht umfaßt die Jahre 1908—1912. Anfangsbestand 1908: 574 (273 M. 301 Fr.). Gesamtzugang 464 (239 M. 225 Fr.), davon im Jahre 1912: 111 (62 M. 49 Fr.). Abgang insgesamt 428 (228 M. 220 Fr.). Bleibt Schlußbestand 1912: 610 (284 M. 326 Fr.). In der Siechenabteilung Anfangsbestand 15 (6 M. 9 Fr.), Schlußbestand 11 (6 M. 5 Fr.). Vom Zugang 1912 litten an einfacher Seelenstörung 59 (25 M. 34 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 4 (3 M. 1 Fr.), Idiotie, Imbezillität 33 (24 M., 9 Fr.), an Epilepsie mit oder ohne Seelenstörung 7 (5 M. 2 Fr.), an Alkoholismus 6 (5 M. 1 Fr.). Erbliche Belastung fand sich in den Berichtsjahren zu 43 % bei den Männern, zu 40 % bei den Frauen. Entlassen geheilt sind insgesamt 3 (2 M. 1 Fr.), gebessert bzw. beurlaubt 185 (92 M. 93 Fr.), ungeheilt oder in andere Anstalten übergeführt 111 (76 M. 35 Fr.). Gestorben sind insgesamt 119 (54 M. 65 Fr.), davon infolge Tuberkulose 20 (9 M. 11 Fr.), an Karzinom 6 (1 M. 5 Fr.), Typhus 1 M. In den letzten 2 Jahren zeigten sich Typhuserkrankungen häufiger. Bei 20 Kranken wurden Typhus- und Parabazillen gefunden. 2 Döckersche Baracken wurden mit Bazillenträgern belegt, worauf, nachdem auch aus den Küchen einige entfernt waren, die zwar keine Bazillenausscheidung, jedoch positiven Vidal zeigten, keine Neuerkrankungen mehr vorkamen. Das Typhuslaboratorium arbeitet seit 1912. — Beschäftigt werden im Durchschnitt 40 %. In Familienpflege befanden sich seit 1908: 10—12 Personen. Eine Vergrößerung und Modernisierung der Anstalt ist unbedingtes Erfordernis. — Gesamtausgabe 1912: 393 055,77 M.

Sigmaringen (151): In der Abteilung für Geisteskranke war ein Anfangsbestand von 156 (79 M. 77 Fr.). Zugang 44 (29 M. 15 Fr.). Bleibt Bestand 172 (91 M. 81 Fr.). Vom Gesamtbestand, 200 (108 M. 92 Fr.), litten an einfacher Seelenstörung 133 (67 M. 66 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 1 M., an Idiotie, Imbezillität, Kretinismus 41 (27 M. 14 Fr.), an Epilepsie mit Geistesstörung 19 (11 M. 8 Fr.), an Hysterie 4 Fr., an Alkoholismus 2 M. Entlassen als geheilt sind 6 (4 M. 2 Fr.), gebessert 6 (3 M. 3 Fr.), ungeheilt 5 (3 M. 2 Fr.). Gestorben sind 11 (7 M. 4 Fr.). Die Überweisung gefährlicher Kranker (2) ist für die kleine Anstalt ein mißlicher Übelstand, der im Interesse der öffentlichen Sicherheit bald beseitigt werden müßte.

Bayreuth (78): Anfangsbestand 647 (362 M. 285 Fr.). Zugang 153 (90 M. 63 Fr.). Abgang 149 (91 M. 58 Fr.). Bleibt Bestand 651 (361 M. 290 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 107 (54 M. 53 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 7 (5 M. 2 Fr.), Seelenstörung mit Epilepsie, Hysteroepilepsie 13 (7 M. 6 Fr.), Imbezillität, Idiotie, Kretinismus 13 (12 M. 1 Fr.), Alkoholismus 10 M. Entlassen geheilt 26 (14 M. 12 Fr.) = 18 %, gebessert 49 (27 M. 22 Fr.) = 34 %, ungebessert 26 (16 M. 10 Fr.) = 18 %; nicht geisteskrank 5. Gestorben sind 43 (32 M. 11 Fr.), davon an Tuberkulose 8 (5 M. 3 Fr.), an Karzinom 1 M.



Heredität nachgewiesen bei 72 (41 m. 31 w.), Alkoholmißbrauch bei 20 (19 m. 1 w.). Der Alkoholkonsum in der Anstalt zeigt einen weiteren Rückgang (70 241 l gegen 99 400 i. J. 1909). Gesamtausgabe: 505 352,60 M.

St. Getreu zu Bamberg (77): Der Bericht umfaßt die Jahre 1911, 12 u. 13. Anfangsbestand 1911: 138 (59 M. 79 Fr.). Zugang 91 (54 M. 37 Fr.). Abgang 84 (55 M. 29 Fr.). Bleibt Bestand für 1912: 145 (58 M. 87 Fr.). Zugang 93 (60 M. 33 Fr.). Abgang 80 (45 M. 35 Fr.). Bleibt Bestand für 1913: 158 (73 M. 85 Fr.). Zugang 98 (62 M. 36 Fr.). Abgang 104 (68 M. 36 Fr.). Bleibt Schlußbestand 1913: 152 (67 M. 85 Fr.). Vom Zugang 1913 litten an einfacher Seelenstörung 82 (48 M. 34 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 2 M., Seelenstörung mit Epilepsie, Hysteroepilepsie 5 (4 M. 1 Fr.), Imbezillität 5 (4 M. 1 Fr.), Delir. potator. 4 M., während vom Zugang 1911 und 1912 gelitten hatten an einfacher Seelenstörung 79 (46 M. 33 Fr.) bzw. 73 (43 M. 30 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 1912: 6 (5 M. 1 Fr.), an Seelenstörung mit Epilepsie 3 M. bzw. 11 (10 M. 1 Fr.), an Imbezillität, Idiotie 5 (3 M. 2 Fr.) bzw. 1 M., an Delirium potatorum 4 (2 M. 2 Fr.) bzw. 1 Fr. — Unter den Krankheitsformen fanden sich 1913 akute halluzinatorische Verwirrtheit bei 3, chronische Halluzinose bei 4, manisch-depressive Formen bei 13, Alkoholpsychosen bei 13, Formen der Dementia praecox bei 20, Dementia senilis bei 6, mit Arteriosklerose bei 4, progressive Paralyse bei 2 Kranken. 1911 waren 17 und 1912 15 Alkoholpsychosen zu konstatieren. Erbliche Belastung 1913 in 32, 1911 und 1912 in 30 bzw. 25 Fällen als erwiesen anzusehen. Entlassen als genesen wurden 1913: 16 (11 M. 5 Fr.), gebessert 49 (34 M. 15 Fr.), ungebessert 26 (16 M. 10 Fr.), davon in andere Anstalten überführt 20, während in den beiden Vorjahren 18 (11 M. 7 Fr.) bzw. 9 (3 M. 6 Fr.) als genesen, 33 (24 M. 9 Fr.) bzw. 44 (30 M. 14 Fr.) als gebessert, 26 (14 M. 12 Fr.) bzw. 15 (7 M. 8 Fr.) ungebessert entlassen waren, wovon 11 in andere Anstalten überführt wurden. Gestorben sind 1913 = 13 (7 M. 6 Fr.) gegen 7 (6 M. 1 Fr.) und 11 (4 M. 7 Fr.) in den Vorjahren, entsprechend einem Mortalitätsverhältnis zum Gesamtbestand von 5 % pro 1913, 3 % pro 1911 und 4,7 % für 1912. Insgesamt 2 Todesfälle infolge Tuberkulose, 1 Selbstmord. — Gesamtausgaben: 1911: 131 399,25 M., 1912: 145 379,27 M., 1913: 156 688,21 M.

Kutzenberg (116): Anfangsbestand 312 (167 M. 145 Fr.). Zugang 118 (60 M. 58 Fr.). Abgang 149 (75 M. 74 Fr.). Bleibt Bestand 281 (152 M. 129 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 91 (43 M. 48 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 5 (4 M. 1 Fr.), an Seelenstörung mit Epilepsie und Hysteroepilepsie 10 (3 M. 7 Fr.), an Idiotie, Imbezillität 4 (2 M. 2 Fr.), an Alkoholismus 8 M. Entlassen sind geheilt 37 (20 M. 17 Fr.), gebessert 65 (34 M. 31 Fr.), ungeheilt 14 (7 M. 7 Fr.), davon in andere Anstalten überführt 6. Mit dem Strafgesetz in Konflikt 22 (20 M. 2 Fr.). In Familienpflege zu Beginn des Berichtsjahres 12 (6 M. 6 Fr.), 7 P. im Verlauf des Jahres zurückverlegt. Todesfälle 33 (14 M. 19 Fr.), davon 3 an Lungen- und Darmtuberkulose. Gesamtmortalität 11,6 % des Durchschnittsbestandes (285); Tuberkulosesterblichkeit 9,1 % der Verstorbenen. Gesamtausgabe: 236 875,48 M.

Eglfing (93): Anfangsbestand 1374 (685 M. 689 Fr.). Zugang 612 (353 M.



259 Fr.). Abgang 883 (489 M. 394 Fr.). Bleibt Bestand 1103 (549 M. 554 Fr.). Zur Beobachtung gemäß § 81 Str.-P.-O. eingewiesen 13 (12 M. 1 Fr.), davon 4 (3 M. 1 Fr.) unzurechnungsfähig bzw. geisteskrank. An andere Anstalten (hauptsächlich Haar) wurden überführt 465 (241 M. 224 Fr.). Von den Aufnahmen litten an einfacher Seelenstörung 372 (171 M. 201 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 115 (75 M. 40 Fr.), an Seelenstörung mit Epilepsie oder Hysteroepilepsie 28 (22 M. 6 Fr.), an Idiotie, Imbezillität, Kretinismus 13 (8 M. 5 Fr.), an Delir. pot. 75 (68 M. 7 Fr.); nicht geisteskrank 9 M. Entlassen als geheilt 43 (26 M. 17 Fr.), gebessert 192 (121 M. 71 Fr.). Gestorben sind 126 (70 M. 56 Fr.), davon infolge Tuberkulose 29 (16 M. 13 Fr.), Krebs 3 M. Auf 100 Paralytische des Durchschnittsbestandes trafen 32,9 Todesfälle (im Vorjahr 59), auf je 100 Nichtparalytische 5,8 (im Vorjahr 7,9). — Gesamtausgabe: 1361 248,12 M.

Haar (102): Die Anstalt ist im Oktober 1912 in Betrieb genommen. Aufnahmen 394 (202 M. 192 Fr.). Abgang 10 (4 M. 6 Fr.). Bleibt Bestand 384 (198 M. 186 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 236 (92 M. 144 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 71 (43 M. 28 Fr.), Seelenstörung mit Epilepsie, Hysteroepilepsie 32 (19 M. 13 Fr.), Imbezillität, Idiotie, Kretinismus 31 (26 M. 5 Fr.), Alkoholismus 24 (22 M. 2 Fr.). Entlassen gebessert 1 M., ungebessert 6 (2 M. 4 Fr.), davon in andere Anstalten überführt 3 (1 M. 2 Fr.). Gestorben sind 3 (1 M. 2 Fr.), infolge Paralyse. — Die Mehrzahl der anfänglich Aufgenommenen war aus der überfüllten Anstalt Eglfing transferiert. — Gesamtausgabe: 90 930,53 M.

Gabersee (99): Anfangsbestand 812 (415 M. 397 Fr.). Zugang 247 (129 M. 118 Fr.). Abgang 228 (101 M. 127 Fr.). Bleibt Bestand 831 (443 M. 388 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 166 = 74,5 % (31,4 % M. 43,1 % Fr.), an paralytischer Seelenstörung 19 = 8,5 % (4,9 % M. 3,6 % Fr.), Epilepsie mit Seelenstörung 11 = 4,9 % (3,6 % M. 1,3 % Fr.), Imbezillität 14 = 6,3 % (4,9% M. 1,3 % Fr.), Alkoholismus (inkl. Morphinismus) 11 = 4,9 % (4,0 % M. 0,9 % Fr.); nicht geisteskrank 2 gemäß § 81 Str.-P.-O. eingewiesene Männer. Abgegangen sind genesen 41 = 18,4 %, gebessert 66 = 29 %, ungeheilt 40 = 17,5 %. Von den Genesenen waren vor der Aufnahme krank 1—2 Monate 26, 3—6 Monate 5, 1—2 Jahre 7, über 2 Jahre 1, unbestimmbare Zeit 2. Gestorben sind 80 = 35,1 % des Abgangs (13,6 % M. 21,5 % Fr.), davon an Tuberkulose 21, infolge Paralyse 12, Karzinom 3. Typhuserkrankung 1. Bestand der Bazillenträgerinnen vom Vorjahre 3, Zugang 3, gestorben 2, Schlußbestand 4. Zahl der beschäftigten m. und w. Pfleglinge während des Berichtsjahres mehr als 50 %. Tageskosten pro Pflegling im Durchschnitt 2,14 M. gegen 2,02 im Vorjahr. — Gesamtausgabe: 663 161,13 M.

Kaufbeuren (112): Anfangsbestand 672 (340 M. 332 Fr.). Zugang 381 (204 M. 177 Fr.). Abgang 342 (182 M. 160 Fr.). Bleibt Bestand 698 (352 M. 346 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 247 (108 M. 139 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 31 (21 M. 10 Fr.), an Seelenstörung mit Epilepsie und Hysteroepilepsie 38 (16 M. 22 Fr.), an Imbezillität, Idiotie, Kretinismus 16 (13 M. 3 Fr.), an Alkoholismus 37 (36 M. 1 Fr.); nicht geisteskrank 12 (10 M.

2 Fr.). Beobachtet auf Grund § 81 Str.-P.-O. 32 (26 M. 6 Fr.), auf Grund § 51 Str.-G.-B. außer Verfolgung gesetzt 16 M. 6 Fr. Entlassen als genesen 40 (21 M. 19 Fr.) = 11,7 %, gebessert 150 (81 M. 69 Fr. =) 43,8 %, ungeheilt 107 (58 M. 49 Fr.) = 31,2 %. Gestorben 45 (22 M. 23 Fr.) = 13 %, davon an Tuberkulose 6 = 15,5 %, an Karzinom 1 M. 35,5 % der Verstorbenen waren Paralytiker. Die bakteriologische Untersuchung auf Typhusbazillen wird fortgesetzt (1 Krankenfall), eine Bazillenträgerin ausfindig gemacht und isoliert. Die ganze Anstalt erhielt Neukanalisation. — Gesamtausgabe: 736 111,79 M.

In der Pflegeanstalt Irsee war der Anfangsbestand 267 (124 M. 143 Fr.). Zugang 26 (7 M. 19 Fr.). Abgang 24 (5 M. 19 Fr.). Bleibt Bestand 269 (126 M. 143 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 13 (2 M. 11 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 9 (2 M. 7 Fr.), an Seelenstörung mit Epilepsie und Hysterie 1 Fr., an Imbezillität 3 M. Gebessert 2 (1 M. 1 Fr.), in eine andere Anstalt verlegt 2 Fr.; gestorben 20 (4 M. 16 Fr.), davon an Lungentuberkulose 6 Fr., an Magenkrebs 1 M. — Gesamtausgabe: 243 383,69 M.

In den fünf Staatsirrenanstalten Württembergs (170), Schussenried, Weinsberg, Weißenau, Winnental und Zwiefalten war im Berichtsjahr 1911 der Anfangsbestand 2624. Zugang 691 (360 M. 331 Fr.). Abgang 601 (327 M. 274 Fr.). Bleibt Bestand 2714 (1404 M. 1310 Fr.). Hierzu trat für das Berichtsjahr 1912 ein Zugang von 626 (334 M. 292 Fr.), es verblieb bei einem Abgang von 582 (298 M. 284 Fr.) Ende 1912 ein Schlußbestand von 2758 (1440 M. 1318 Fr.). Auf die Gesamtzahl betrug der Bestand zu Beginn 1912: 81,3 % (1911: 79,2 %), der Zugang 18,7 % (1911: 20,8), Abgang 17,4 % (1911: 18,1 %) und der Schlußbestand der Behandelten 82,6 % (1911: 81,9 %); hiervon 52,2 % M. u. 47,8 % Fr. (1911: 48,3 % u. 51,7 %). Unter der Gesamtzahl der 1912 Aufgenommenen, davon erste Aufnahmen 66,9 % (1911: 67,7 %), litten 5,3 % an Idiotie und Imbezillität (1911: 3,2 %), an degenerativen Psychosen 4,5 % (1911: 6,4 %), an affektiven Psychosen 21,7 % (24,5 %), an Dementia praecox 30,2 % (30,5 %), an chronisch-paranoischen Formen 8,2 % (6,9 %), an Infektions- und Erschöpfungspsychosen 2,9 % (2,3 %), traumatischen Geistesstörungen 0,3 % (1,2 %), Morphinismus u. a. narkotischen Vergiftungen 0,2 % (0,1 %), Dementia paralytica und Lues cerebri 5,9 % (5,5 %), arteriosklerotischen und senilen Psychosen 5,6 % (7,1 %), Psychosen bei schwerem organischem Hirnleiden 0,5 % (0,1 %), Epilepsie mit Geistesstörung 5,8 % (4,1 %), diagnostisch unklar 0,6 % (0,9 %); nicht geisteskrank 4,9 % (3 %). Die häufigsten Erkrankungen fallen in beiden Berichtsjahren wiederum in die Altersstufen vom 21.—25. und vom 26.—36. Jahr. Vor dem 25. Jahr sind die M. mehr gefährdet als die Fr., zwischen 30.—50. Jahr tritt Ausgleich ein, nach dem 50. Jahr überwiegt die Häufigkeit der Erkrankungen der Fr. — Zur Beobachtung eingewiesen 1912: 32 Pers., davon nicht geisteskrank 28 (1911: 33 bzw. 18). Auf Grund § 16 des Statuts der Staatsirrenanstalten polizeilich eingewiesen 1912: 6 (4 M. 2 Fr.), 1911: 3 (2 M. 1 Fr.). In forensischer Beziehung eingewiesen 1912: 43 (41 m. 2 w.), 1911: 36 m., davon 40 (1911: 33 m.) auf Grund § 81 Str.-P.-O. und 3 (1911: 3) nach § 217 Mil.-Str.-G.-O., davon 1912: 16 (15 m. 1 w.), 1911: 17 m. als unzurechnungsfähig erklärt. — Erbliche Belastung in 46,5 % der

Aufnahmen (1911: 47,3 %; 1910: 47,9 %; 1909: 49,3 %). Geisteskrankheit bei den Eltern der direkt Belasteten in 28 % der Fälle (1911: 39 %, 1910: 37 %; 1909: 49 %), Trunksucht in 33 % (1911: 20 %; 1910: 40 %; 1909: 21 %). Direkte Erblichkeit von Vaterseite überwiegt mit 67 bei 111 in Betracht kommenden Kranken (1912). Trunksucht und Erblichkeit allein 33 %; Trunksucht, Erblichkeit und Familienanlage 22,2 %. Alkoholmißbrauch neben erblicher Veranlagung bei 11 % (gegen 9,3 %, 10,4 %, 7,1 % in den Vorjahren). Neben Erblichkeit Intoxikationen bei 0,5 %, Lues 4,8 % (1911: 5 %), akute Infektion 1,2 % (2,3 %), chronische körperliche Krankheit 2,6 % (2,1 %), Schwangerschaft, Geburt usw. 2,4 % (1,7 %), Klimakterium 1 % (0,6 %), Kopfverletzungen 1,7 % (5 %), andere Verletzungen, chirurgische Eingriffe 0,2 % (0,4 %), psychische Einflüsse 7,5 % (8,5 %), sonstige bekannte Ursachen 5,6 % (1,5 %). Alkohol im allgemeinen ursächliche Bedeutung bei 11,6 % der Aufnahmen (1911: 8,9 %; 1910: 12 %; 1909: 9 %). — Krankheitsdauer vor der Aufnahme (in Prozenten der Genesungen): einmonatige Dauer 45,8 % (1911: 53,9 %; 1910: 39,6 %; 1909: 51 %), 2—3 Monate 27,1 % (1911: 23,7 %; 1910: 30,2 %, 1909: 22,5 %), 4—6 Monate 18,8 % (1911: 11,8 %; 1910: 15,1 %; 1909: 10,2 %), 7—12 Monate 2,1 % (1911: 4 %, 1910: 11,3 %; 1909: 8,2 %), nach einem Jahr 6,2 % (1911: 6,6 %; 1910: 3,8 %; 1909: 8,1 %). — Entlassen geheilt und gebessert 45,7 % (1911: 56,2 %) des Gesamtabgangs, gegenüber einem 7 jährigen Durchschnitt (1906—1912) von 54,9 %. — Die Gesamtzahl der Todesfälle in den 5 Staatsanstalten pro 1912 betrug 156 = 26,8 % (1911: 148 = 25,5 %) des Abgangs und auf die Gesamtzahl der Verpflegten berechnet: 4,7 % (1911: 4,5 %), und zwar bei einem Durchschnittsprozentsatz von 4,66 %. — Tuberkulose Todesursache bei 21,8 % (1911: 13,5 %; 1910: 18,1 %; 1909: 24,3 %; 1908: 30 %; 1907: 19,3 %; 1906: 26,6 %; 1905: 23,7 %). Dementia paralytica Todesursache in 19,9 % (1911: 21,6 %; 1910: 16,2 %). An der Gesamtsterblichkeit waren mit Tuberkulosefällen höchstbeziffert Weißenau 1912 mit 28,6 %, Zwiefalten 1911 mit 19 %, Winnental 1910 mit 33 %, Zwiefalten 1909 mit 33,3 % und Weinsberg 1908 mit 35 %. — Familienpflege hat im allgemeinen Rückgang erfahren (1912: 66 Kr. gegen 69 im Vorjahr). In den Anstalten keine wesentliche epidemische Erkrankungen, wenig Entweichungen, 3 Selbstmorde. — Keine größeren baulichen Veränderungen.

Die Gesamtzahl der in den Privatanstalten Württembergs untergebrachten Geisteskranken betrug i. J. 1912: 1794 (1911: 1768; 1910: 1679; 1909: 1704; 1908: 1638; 1907: 1590), darunter 54 % (1911: 52 %) Staatspfleglinge. Bei den Aufnahmen überwiegend affektive Psychosen 27,1 % und Dementia praecox 32,2 %. Erblich veranlagt 48 % der Aufnahmen. Todesfälle 25 % (1911: 28 %) der Gesamtzahl der Entlassenen (gegen 26,8 % in den Staatsanstalten).

In der Irrenabteilung für Strafgefangene auf Hohenasperg war i. J. 1912 die Gesamtzahl der Verpflegten 54 (1911: 56), bei einem Anfangsbestand von 29, Zugang 25, Abgang 31 und Schlußbestand von 23 m. Insassen.

Abgesehen von den in der Tübinger psychiatrischen Klinik Verweilenden kommt für 1912 unter Zugrundelegung der Volkszählung 1910 eine in einer Irrenanstalt des Landes untergebrachte Person auf 576 Einwohner gegen 584 Einwohner



i. J. 1911 (1910: 599; 1909: 600; 1908: 610; 1907: 626; 1906: 646; 1905: 658; 1904: 684; 1903: 705; 1902: 726; 1901: 757; 1900: 787; 1899: 810; 1898: 803).

Stetten i. Remstal (156): Verpflegte insgesamt im Berichtsjahr 581 (349 m. 232 w.). Zugang 89. Abgang 92. Davon entfielen auf die Abteilung für Schwachsinnige 314 (209 m. 105 w.). Zugang 46 (36 m. 13 w.). Abgang 53 (27 m. 26 w.). Zur Entlassung kamen gebessert 23 (12 m. 14 w.), ungebessert 24 (11 m. 13 w.), davon 14 in eine andere Anstalt. Gestorben 6 (4 m. 2 w.). Erbliche Belastung in 60 % aller Fälle, Trunksucht der Erzeuger vorwiegend. Die Krankheitsgeschichte von 942 Schwachsinnigen wurde auf die ursächlichen Beziehungen zwischen Tuberkulose und Schwachsinn durchforscht, mit dem Ergebnis, daß Tuberkulose neben anderen ursächlichen Einflüssen in 12,3 % (116 Fällen), als alleiniger ursächlicher Umstand in 2.6 % (25 Fällen) vorlag. Demnach scheint Tuberkulose von keiner großen Bedeutung für die Entstehung des Schwachsinns zu sein. In der Abteilung für Epileptische wurden insgesamt verpflegt 267 (140 m. 127 w.). Zugang 43 (22 m. 21 w.). Abgang 39 (23 m. 16 w.). Erbliche Belastung bei 46,5 % der Aufnahmen. Gebessert entlassen 14 (6 m. 8 w.), in andere Anstalten überführt 6 m. und 1 Kind. Gestorben 12 (7 m. 8 w.), davon 6 im Status epilepticus. Versuche mit Sedobrol ergaben recht gute Erfolge als anfallmilderndes Mittel.

Mariaberg (125): Anfangsbestand 168 (125 m. 43 w.). Zugang 25 (15 m. 10 w.). Abgang 14 (10 m. 4 w.). Bleibt Bestand 172. Hiervon nehmen am Unterricht teil 59, arbeitsfähige Erwachsene sind 60, bildungs- und arbeitsunfähige Zöglinge 53 vorhanden. Gestorben sind 7 (6 m. 1 w.), davon 3 infolge Herzleidens. Diphtherie trat in 8 Fällen auf, davon 2 tödlich.

Der Bericht der badischen Anstalten (76) enthält die Angaben für die Berichtsjahre 1911 und 1912.

Heidelberg: Anfangsbestand 1911: 105 (61 M. 44 Fr.). Zugang 757 (465 M. 292 Fr.). Abgang 753 (469 M. 284 Fr.). Bleibt Bestand für 1912: 109 (57 M. 52 Fr.). Zugang 1912: 705 (444 M. 261 Fr.). Abgang 670 (418 M. 252 Fr.). Bleibt Schlußbestand für 1912: 144 (83 M. 61 Fr.). — Im Jahre 1911 sind entlassen geheilt 87, gebessert 184, ungebessert 72, nicht geisteskrank 12, nach Abschluß der Beobachtung in Unfall- usw. Sachen 62, nach Hause 417, in andere Anstalten 306. Gestorben 30 (14 M. 16 Fr.), davon an Erkrankung des Gehirns 8 (3 M. 5 Fr.), des Herzens 8 (4 M. 4 Fr.), an Lungentuberkulose 1 M. 3 Fr.. an allgemeiner Arteriosklerose 1 M. Es fanden sich manisch-depressives Irresein bei 21, hysterischer Charakter bei 19, Haftpsychose bei 4, traumatische Neurose bei 44, Idiotie, Imbezillität bei 4, alkoholische Psychosen bei 52, darunter chronischer Alkoholismus 34 und Delirium tremens 16; Morphinismus usw. bei 7, progressive Paralyse 50, Dementia praecox 230, Epilepsie 33, senile und arteriosklerotische Prozesse bei 18. Nicht geisteskrank oder psychopathisch waren 20. Auf Grund § 81 Str.-P.-O. 18 (15 M. 3 Fr.) zur Beobachtung eingewiesen, im Sinne § 51 Str.-G.-B. entschieden bei 4. Gemäß § 8 des Irrengesetzes 5 zur Beobachtung eingewiesen. Gemäß § 656 Z.-P.-O. fand 1 Aufnahme statt. Im Jahre 1912 sind als geheilt entlassen 73, gebessert 176, ungebessert 82, nicht geisteskrank 14,



nach Abschluß der Beobachtung in Unfall- usw. Sachen 64, nach Hause 409, in andere Anstalten 230. Gestorben sind 31 (15 M. 16 Fr.), davon an Erkrankung des Gehirns 9 (7 M. 2 Fr.), des Herzens 6 (3 M. 3 Fr.), an Lungentuberkulose 1 M., an Dysenterie 4 Fr., an allgemeiner Arteriosklerose 1 M., Karzinom und Karzinomatose 2 Fr. Es litten an manisch-depressivem Irresein 86, an angeborenem Schwachsinn 17, Hysterie 20, an sonstigen psychopathischen konstitutionellen Formen 64, an traumatischer Neurose 42. Idiotie, Imbezillität fand sich bei 5, chronischer Alkoholismus bei 23, Delirium tremens 12, progressive Paralyse 53, Dementia praecox 253, senile und arteriosklerotische Prozesse bei 25. Unklare akute Fälle 10, weder geisteskrank noch psychopathisch 10. Einweisung zur Beobachtung auf Grund § 81 Str.-P.-O. 15 (13 M. 2 Fr.), davon 7 im Sinne § 51 Str.-G.-B. geisteskrank. Im Juni 1912 erkrankte eine größere Zahl von Patienten im allgemeinen leicht an Dysenterie, jedoch mit 4 Todesfällen. Zur Verhinderung der Ausbreitung der Krankheit wurde die Frauenseite vom 12. Juni bis 20. Juli, die Männerseite auf einige Tage geschlossen. — Gesamtaufwand 1911: 202 435,89 M., 1912: 192 907,18 M.

Freiburg i. B.: Anfangsbestand 1911: 134 (72 M. 62 Fr.). Zugang 536 (287 M. 249 Fr.). Abgang 540 (288 M. 252 Fr.). Bleibt Bestand für 1912: 130 (71 M. 59 Fr.). Zugang 1912: 606 (312 M. 294 Fr.). Abgang 601 (313 M. 288 Fr.). Bleibt Schlußbestand 1912: 135 (70 M. 65 Fr.). Im Jahre 1911 sind entlassen geheilt 114, gebessert 103, ungebessert 57, nach abgeschlossener Beobachtung nach Hause 5, versetzt in andere Anstalten 186. Einfache Seelenstörung zeigten 90 (46 M. 44 Fr.), paralytische 8 M., Idiotie, Imbezillität 7 (4 M. 3 Fr.), Epilepsie mit und ohne Seelenstörung 8 (3 M. 5 Fr.), Alkoholismus 8 (7 M. 1 Fr.). Gestorben sind 1911: 45 (28 M. 17 Fr.), davon an progressiver Paralyse 7, Dementia senilis 7, arteriosklerotischer Demenz 2, an Tumor cerebri 1. — Im Jahre 1912 sind entlassen als geheilt 116, gebessert 187, ungebessert 48, nach abgeschlossener Beobachtung 4, in andere Anstalten versetzt 196. An einfacher Seelenstörung litten 80 (30 M. 50 Fr.), an paralytischer 17 (14 M. 3 Fr.), an Idiotie, Imbezillität 7 (3 M. 4 Fr.), an Epilepsie mit und ohne Seelenstörung 7 (4 M. 3 Fr.), Alkoholismus 13 M. Gestorben sind 1912: 50, davon an progressiver Paralyse 11, Dementia senilis 4, arteriosklerotischer Demenz 6, an Meningitis tuberculosa 2. — In der Abteilung für Nervenkranke war der Anfangsbestand im Jahre 1911: 26 (14 M. 12 Fr.), Zugang 1911: 360 (195 M. 165 Fr.). Abgang 361 (200 M. 161 Fr.). Anfangsbestand 1912: 25 (9 M. 16 Fr.). Zugang 349 (214 M. 135 Fr.). Abgang 344 (207 M. 137 Fr.). Bleibt Schlußbestand 1912: 30 (16 M. 14 Fr.). — In der Poliklinik wurden im Jahre 1911 bei einem Zugang von 603 im ganzen 634 Kranke (264 M. 370 Fr.) behandelt, im Jahre 1912 bei einem Zugang von 546 im ganzen 630 (368 M. 262 Fr.). — Bezüglich der Gefährlichkeit Geisteskranker für Dritte und der Rückfälligkeitschance wird im allgemeinen Anstaltsinteresse auf die R.-G.-Entscheidungen bez. § 5 Abs. 1 des Irrengesetzes vom 13. X. 1910 und vom 23. V. 1911 hingewiesen. — Gesamtausgabe 1911: 251 175,57 M., 1912: 274 055,28 M.

Illenau: Anfangsbestand 1911: 655 (314 M. 341 Fr.). Zugang 604 (297 M.

307 Fr.). Abgang 584 (290 M. 294 Fr.). Bleibt Bestand für 1912: 675 (321 M. 354 Fr.). Zugang 1912: 591 (289 M. 302 Fr.). Abgang 586 (295 M. 291 Fr.). Bleibt Schlußbestand 1912: 680 (315 M. 365 Fr.). Im Jahre 1911 sind entlassen als geheilt 69 (45 M. 24 Fr.), gebessert 340 (157 M. 183 Fr.), ungebessert 15 (8 M. 7 Fr.), versetzt in andere Anstalten 87, nicht geisteskrank bzw. nach erfolgter Beobachtung entlassen 8 M. Vom Zugang litten an originär paranoischen Formen 3 (1 M. 2 Fr.), an manisch-depressivem Irresein 121 (29 M. 92 Fr.), an Imbezillität 9 (1 M. 8 Fr.), Alkoholismus 51 (44 M. 7 Fr.), an progressiver Paralyse 31 (26 M. 5 Fr.), Lues cerebri 1 M, Dementia praecox 189 (90 M. 99 Fr.), Epilepsie 4 (3 M. 1 Fr.), an senilen und arteriosklerotischen Formen 43 (24 M. 19 Fr.). Gestorben sind 65 (33 M. 32 Fr.), davon an Tuberkulose 8. Im Jahre 1912 sind entlassen geheilt 84 (49 M. 35 Fr.), gebessert 336 (161 M. 175 Fr.), ungebessert 19 (5 M. 14 Fr.), versetzt in andere Anstalten 71 (34 M. 37 Fr.). Vom Zugang litten an originär-paranoischen Formen 4 Fr., an manisch-depressivem Irresein 148 (48 M. 100 Fr.), an Imbezillität, Idiotie 12 (4 M. 8 Fr.), an Alkoholismus 45 (43 M. 2 Fr.), progressiver Paralyse 22 (20 M. 2 Fr.), Lues cerebri 5 M., Dementia praecox 188 (80 M. 108 Fr), Epilepsie 7 (4 M. 3 Fr.), an senilen und arteriosklerotischen Prozessen 36 (21 M. 15 Fr.). Gestorben sind 1912: 62 (32 M. 30 Fr.), davon an Altersschwäche und arteriosklerotischer Herzdegeneration 14 (4 M. 10 Fr.), an Tuberkulose 3 (1 M. 2 Fr.) und an Veronalvergiftung (?) 1 M. (Selbstmord). Nach § 81 Str.-P.-O. wurden 1911 = 14 P., 1912 = 15 P., nach § 217 Milit.-Str.-Ger.-O. im Jahre 1911 = 2, 1912 = 1 Soldat aufgenommen. Von den durch das Zivilgericht eingewiesenen Personen wurden als geisteskrank im Sinne § 51 R.-Str.-G.-B. erklärt und als unzurechnungsfähig begutachtet 1911 = 5, 1912 = 6 Pers. — Gesamtausgabe 1911: 888 473,57 M., 1912: 917 837,95 M.

Pforzheim: Anfangsbestand 1911: 592 (297 m. 295 w.). Zugang 55 (28 m. 27 w.). Abgang 88 (49 m. 39 w.). Bleibt Bestand für 1912: 559 (276 m. 283 w.). Zugang 1912: 31 (18 m. 13 w.). Abgang 79 (46 m. 33 w.). Bleibt Schlußbestand 1912: 511 (248 m. 263 w.). Entlassen wurden 1911 gebessert 24, ungebessert 3, in Familienpflege 6, in andere Anstalten 21. An einfacher Seelenstörung litten 461 (210 M. 251 Fr.), an paralytischer 81 (54 M. 27 Fr.), an Epilepsie mit Seelenstörung 14 (9 M. 5 Fr.), an Imbezillität, Idiotie und Kretinismus 86 (49 M. 37 Fr.). Gestorben sind 1911: 61 (38 M. 23 Fr.), davon an paralytischer Demenz 22 (16 M. 6 Fr.), an Tuberkulose 9, Typhus 1 M. Bei einem w. Pflegling fand sich ein faustgroßer unilokulärer Echinokokkus mit zahlreichen Tochterblasen in der Leber. Im Jahre 1912 wurden entlassen als gebessert 8, ungebessert 9, in Familienpflege 1, in andere Anstalten 16. An einfacher Seelenstörung litten 425 (192 M. 233 Fr.), an paralytischer 60 (37 M. 23 Fr.), an Epilepsie mit Seelenstörung 14 (9 M. 5 Fr.), an Idiotie, Imbezillität und Kretinismus 84 (51 M. 33 Fr.), an Alkoholismus 1 M. — Gestorben sind 1912: 62 (32 M. 30 Fr.), davon infolge Paralyse 18, an Tuberkulose 9, an Typhus 1 M. An Typhus mehrfache Erkrankungen, so 1911 im Januar und Februar je 1 Fall, einer mit letalem Ausgang, 1912 je ein Fall im Februar und Oktober, alsdann erkrankte im Dezember ein Anstaltsbäcker, und im Anschluß daran von den Pfleglingen 11 (8 M. 3 Fr.)



vom Personal 20 (1 m. 19 w.). Ein Werkmeister und ein Pflegling starben, übrigen Fälle verliefen günstig, jedoch mit auffallend vielen Rezidiven. Das sonal wurde in das Ortskrankenhaus verbracht. Infektionsquelle zweifellos der rankte Bäcker. Gesamtausgabe 1911: 371 258,40 M., 1912: 364 992,67 M.

Emmendingen: Anfangsbestand 1911: 1371 (752 M. 619 Fr.). Zugang 292 6 M. 156 Fr.). Abgang 305 (146 M. 159 Fr.). Bleibt Bestand für 1912: 1358 2 M. 616 Fr.). Zugang 1912: 281 (146 M. 135 Fr.). Abgang 245 (130 M. 5 Fr.). Bleibt Schlußbestand 1912: 1394 (758 M. 636 Fr.). Entlassen wurden 11: geheilt 2, gebessert 189, ungebessert 24, entlassen in Familienpflege 184, in dere Anstalten 31; entlassen 1912: gebessert 159, ungebessert 19, in Familienlege 143, in andere Anstalten 35. Form der Psychosen, 1911: einfache Seelenörung 1295, Paralyse 6, Imbezillität, Idiotie 159, Epilepsie mit Seelenstörung 150, ysterie 14, Alkoholismus 36, Morphinismus 1, andere Krankheiten des Nervenstems 1, 1912: einfache Seelenstörung 1299, Paralyse 7, Imbezillität, Idiotie 152, pilepsie mit Seelenstörung 70, Hysterie 10, Alkoholismus 38, andere Erkrankungen es Nervensystems 3. Gestorben sind im Jahre 1911 insgesamt 90 (38 M. 52 Fr.), 912 insgesamt 67 (37 M. 30 Fr.). Todesursache waren Tuberkulose in 44 Fällen, Krebs in 13, Epilepsie in 11, Hirnblutung in 8, Paralyse 7, Altersschwäche in 7, Typhus in 2 Fällen. Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten waren 1911 = 266 M. 55 Fr., 1912 = 273 M. 55 Fr. Tuberkuloseerkrankungen aller Art 1911 = 46 (13 M. 33 Fr.), 1912 = 32 (14 M. 18 Fr.). Typhusfälle 1911 = 3 Fr., 1912 = 4 Fr. 1 M. Die Untersuchungen auf Bazillenträger wurden fortgesetzt. Vom Hygienischen Institut in Freiburg wurden unter 216 Kranken und 64 Angestellten gefunden: Paratyphusbazillen bei 22 Pat. (2 M. 20 Fr.) und bei 9 Angestellten (2 m. 5 w.), Typhusbazillen bei 7 kranken Frauen und bei 1 M. zugleich mit Parabazillen. Dysenteriebazillen konstatiert bei 5 Patientinnen. Bei der großen Zahl der Kranken und der Überfüllung der Anstalt ist die größte Sorgfalt zur Verhütung epidemischer Ausbreitung von Infektionen fortgesetzt geboten. Gesamtaufwand im ordentlichen Etat 1911: 1 569 444,86 M., im außerordentlichen 57 755,26; 1912: im ordentlichen Etat 1 580 077,72 M.; im außerordentlichen 73 289,40 M. Bauaufwand für bauliche Veränderungen und Neubauten in Höhe des außerordentlichen Etats.

Wiesloch: Anfangsbestand 1911: 1094 (571 M. 523 Fr.). Zugang 446 (236 M. 210 Fr.). Abgang 376 (210 M. 166 Fr.). Bleibt Bestand für 1912: 1167 (599 M. 568 Fr.). Zugang 1912: 438 (248 M. 190 Fr.). Abgang 363 (222 M. 141 Fr.). Bleibt Schlußbestand 1912: 1241 (624 M. 617 Fr.). Entlassungen 1911: genesen 2 M., gebessert 232 (116 M. 116 Fr.), ungebessert 33 (24 M. 9 Fr.), in andere Anstalten usw. verlegt 36. Entlassungen 1912: genesen 1 M., gebessert 224 (139 M. 85 Fr.), ungebessert 23 (17 M. 6 Fr.). In andere Anstalten usw. verlegt 47. Form der Psychosen aller Verpflegten: 1911: einfache Seelenstörung 1158, Paralyse 47, Idiotie, Imbezillität 105, Epilepsie mit Seelenstörung 106, Hysterie 11, Alkoholismus 58; 1912: einfache Seelenstörung 1147, Paralyse 66, Idiotie, Imbezillität 124, Epilepsie mit Seelenstörung 113, Hysterie 15, Alkoholismus 78. Gestorben sind im Jahre 1911 insgesamt 73 (42 M. 31 Fr.), davon an Phthisis pul-



monum 18 (6 M. 12 Fr.), sonstigen tuberkulösen Erkrankungen 5, an Arteriosklerose 3, Dysenterie 2, infolge Paralyse 11, Status epilepticus 3, Apoplexie 2, Marasmus senilis 6, gewaltsam 1. Im Jahre 1912 insgesamt 68 (35 M. 33 Fr.) Todesfälle, darunter Phthisis pulmonum 19, sonstige tuberkulöse Erkrankungen 2, Arteriosklerose (cerebri) 1, Karzinom 3, Typhus 1, Paralyse 8, Status epilepticus 1, Marasmus senilis 5. Nach dem Stand vom Dezember 1912 befanden sich unter 624 männlichen Kranken 176, die mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen waren; also 28,2 % gegen 28,5 % am 31. Dezembet 1910. Typhuserkrankungen: 1 Erkrankung im September 1911 in demselben Hause, in dem im vorigen Jahre eine Typhusepidemie ausgebrochen war. Das Haus wurde bis Ende Oktober für den Krankenverkehr gesperrt. Die bakteriologische Durchprüfung wird fortgesetzt, bei einer früheren Arbeiterin dieses Hauses wurden im Februar 1912 Paratyphusbazillen gefunden. Die Betreffende ist isoliert. Gesamtaufwand 1911: 1 093 024,05 M. 1912: 1 184 509,95 M.

Der Bericht der badischen Anstalten schließt mit einer Übersicht über die Krankenbewegung der staatlichen Anstalten und des Etats seit 1870. — Der Gesamtkrankenbestand wuchs von 976 im Jahre 1870 auf 4103 im Jahre 1912, die Gesamtausgabe betrug im Jahre 1870: 815 923 M., im Jahre 1912: 4 546 157 M.

Saargemünd (143): Anfangsbestand 456 (224 M. 232 Fr.). Zugang 214 (130 M. 84 Fr.). Abgang 188 (116 M. 72 Fr.). Bleibt Bestand 482 (238 M. 244 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 138 (77 M. 61 Fr.), paralytischer Seelenstörung 32 (19 M. 13 Fr.), Seelenstörung mit Epilepsie und Hysterie 15 (11 M. 4 Fr.), Idiotie, Imbezillität 25 (18 M. 7 Fr.), alkoholischer Seelenstörung 8 M.; nicht geisteskrank 7 (5 M. 2 Fr.). Auf Grund § 81 Str.-P.-O. zur Beobachtung überwiesen 9 (8 M. 1 Fr.), außerdem mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten 32 (28 M. 4 Fr.). Heredität der Aufgenommenen bei 42 % der M., 47,12 % der Fr. Alkoholmißbrauch der Aufnahmen 26,22 % in 59 Fällen. Entlassen genesen 52, gebessert 51, ungeheilt in andere Anstalten 24, nach Hause 17. Gestorben 30 (14 M. 16 Fr.), davon an Tuberkulose 7 (1 M. 6 Fr.), Karzinom 1 Fr. Mortalität allgemein 8,6 %, an Dementia paralytica 30 % des Gesamtbestandes. — Gesamtausgabe 392 062,86 M.

Stephansfeld (155): Anfangsbestand 925 (420 M. 505 Fr.). Zugang 290 (152 M. 138 Fr.). Abgang 294 (161 M. 133 Fr.). Bleibt Bestand 921 (411 M. 510 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 178 (70 M. 108 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 25 (21 M. 4 Fr.), an sonstigen organischen Psychosen 14 (9 M. 5 Fr.), an Hysterie und Epilepsie 30 (22 M. 8 Fr.), an Idiotie, Imbezillität 20 (11 M. 9 Fr.), an Alkoholismus 13 (12 M. 1 Fr.). Nicht geisteskrank waren 9 (7 M. 2 Fr.). Heredität vorhanden bei 30 % der Aufgenommenen. Zur Beobachtung eingewiesen waren 9 M., davon 3 geisteskrank im Sinne § 51 Str.-G.-B. Entlassen als genesen 34 (17 M. 17 Fr.), gebessert 82 (51 M. 31 Fr.), ungeheilt in die Familie 17 (9 M. 8 Fr.), in andere Anstalten 85 (44 M. 41 Fr.). Die Genesenen machen 11,7 %, die Gebesserten 40 % der Aufnahmen aus. Die Behandlungsdauer genesen und gebessert Entlassener betrug bis 1 Monat bei 21 (17 M. 4 Fr.), 1—3 Monat bei 42 (24 M. 18 Fr.), 4—6 Monat bei 18 (13 M.



5 Fr.), 7—12 Monat bei 15 (7 M. 8 Fr.), 1—2 Jahre bei 7 (3 M. 4 Fr.), 2—5 Jahre bei 8 (2 M. 6 Fr.), über 5 Jahre bei 5 (2 M. 3 Fr.). Gestorben sind 66 (30 M. 36 Fr.), d. s. 5,4 % aller Verpflegten. Tuberkulose war in 16 Fällen, Nervenleiden in 19 Fällen Todesursache. Mit Eröffnung des Verwahrungshauses in Rufach wurden zunächst 3, alsdann weitere 4 gefährliche bzw. kriminelle Kranke dorthin verbracht, eine Maßnahme, die sich in erfreulicher Weise bemerkbar machte. Die Typhusträgerin blieb auch fernerhin isoliert. Vereinzelte Ruhrerkrankungen ohne endemischen Charakter fielen vor. Bei 9 Patienten waren 13 Befunde positiv. — Gesamtausgabe: 671 419,32 M.

Hördt (110): Anfangsbestand 410 (227 M. 183 Fr.). Zugang 110 (76 M. 34 Fr.). Abgang 51 (26 M. 25 Fr.). Bleibt Bestand 496 (277 M. 192 Fr.). Auf das feste Haus entfielen vom Zugang 28, vom Abgang 2. Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 89 (60 M. 29 Fr.), an Seelenstörung mit Epilepsie 2 M., an Imbezillität, Idiotie 15 (10 M. 5 Fr.), Paralyse 2 M., alkoholischer Geistesstörung 2 M. Als genauere klinische Krankheitsformen sind u. a. anzuführen Dementia praecox bzw. paranoides 53 Fälle (53 M. 22 Fr.), manisch-depressives Irresein 14 (9 M. 5 Fr.), Haftpsychose 5 bei 5 M. Von den ins feste Haus Aufgenommenen litten an Dementia praecox 7 M., manisch-depressivem Irresein 2 M., progressiver Paralyse 1 M., Seelenstörung mit Epilepsie 1 M., Imbezillität 1 M., Psychopathie 5 M., Haftpsychose 5 M. Paranoia 1 M. Diagnostisch unklare Fälle bei 5 M. Entlassungen fanden 5 statt, davon als gebessert 2. Gestorben sind 45 (21 M. 24 Fr.) = 8,7 % der Verpflegten, davon 13 (3 M. 10 Fr.) an Tuberkulose. Selbstmord 1 M. Dysenteriefälle im Gegensatz zum Vorjahre vereinzelt. Von den Typhusbazillenträgern starb 1 Fr., 1 m. und 1 w. Typhusbazillenträger sind noch zugegen. Das neu erbaute Verwahrungshaus konnte im Mai 1912 in Betrieb genommen werden. Hördt ist seit 1. April 1912 selbständige Anstalt und auch wirtschaftlich von Stephansfeld völlig abgetrennt. — Ausgabe: 228 356,58 M.

Rufach (142): Anfangsbestand 706 (327 M. 379 Fr.). Zugang 520 (274 M. 246 Fr.). Abgang 448 (258 M. 190 Fr.). Bleibt Bestand 778 (343 M. 435 Fr.). Vom Zugang litten an alkoholischer Seelenstörung 79 (77 M. 2 Fr.), Dementia paralytica 32 (22 M. 10 Fr.), arterioskler. Seelenstörung 19 (14 M. 5 Fr.), Dementia senilis 34 (16 M. 18 Fr.), Dementia praecox 148 (63 M. 85 Fr.), an paranoider Demenz 34 (18 M. 16 Fr.), manisch-depressiver Seelenstörung 67 (16 M. 51 Fr.), Imbezillität, Idiotie 8 (2 M. 6 Fr.); nicht geisteskrank 3 M. Heredität bei 58 %, Alkoholmißbrauch bei 26 % der Aufnahmen. Zur Beobachtung 10, darunter 7 gemäß § 81 Str.-P.-O. eingewiesen. Entlassen genesen 66 (52 M. 14 Fr.), erheblich gebessert 193 (91 M. 102 Fr.) ungeheilt in andere Anstalten 34 (30 M. 4 Fr.), zur Familie 38 (21 M. 17 Fr.); entwichen 7 M., nach Beobachtung entlassen 10 (8 M. 2 Fr.). Gestorben sind 100 (49 M. 51 Fr.), davon an Tuberkulose 18 (4 M. 14 Fr.), Karzinom 5 (4 M. 1 Fr.), Sublimatvergiftung 1 Fr., an Herzschwäche 9 (6 M. 3 Fr.), chron. Herzkrankheiten 17 (7 M. 10 Fr.), Marasmus 21 (9 M. 12 Fr.). Mortalität 8,1 % der Verpflegten (gegen 8,2 % i. V.). — Gesamtausgabe 621 398,86 M.

In den Landesirrenanstalten Niederösterreichs (132) „Am Steinhof“

Wien, Mauer-Öhling, Ybbs, Klosterneuburg und Gugging war 1910 ein Anfangsbestand von 5436 Geisteskranken und 1539 Kolonisten und Siechen, also ein Gesamtbestand von 6975 Kranken. Der Zugang 1910 betrug 4210 (2393 M. 1817 Fr.). Abgang 3935 (2253 M. 1682 Fr.). Bleibt Bestand für 1911 mit 7250 (3803 M. 3447 Fr.). Zugang ferner 3949 (2293 M. 1656 Fr.). Abgang 3943 (2347 M. 1596 Fr.). Bleibt Schlußbestand 1911 mit 7256 (3749 M. 3507 Fr.). Von den 1911 Aufgenommenen hatten die an Dementia Leidenden mit 23,87 den höchsten Prozentsatz gegen 23,77 % im Vorjahre; Paralytiker folgen mit 15,37 % gegen 16,64 %, Alkoholiker mit 12,87 % gegen 13,41 %, primäre Verrücktheit mit 8,32 % gegen 10,20 %, angeborener Schwachsinn mit 6,96 und 6,93 % gegen 6,19 und 5,58 %, Epileptiker mit 6,51 % gegen 6,19 % des Vorjahres. Akute Psychosen stehen mit 13,14 % gegen 10,76 % im Jahre 1910, Paralytiker um 1,27 % günstiger, auch ist die Zahl der aufgenommenen Alkoholiker um 0,54 % gefallen. Unter den Aufnahmen der Kolonisten der Geistessiechen sind an Dementia Leidende mit 31,94 % beteiligt, Paralytiker mit 24,61 %, Imbezille mit 18,21 %, Idioten 7,03 %, während Epileptiker wieder 12,14 %, Paranoiker 3,83 beanspruchen, und Hysterische mit 0,32 %, ebenso wie Alkoholiker mit 0,64 % inkl. der übrigen Formen geringe Prozentsätze aufweisen. Entlassen als geheilt wurden von 11 185 Verpflegten des Jahres 1910 im ganzen 870 = 7,77 % gegen 9,62 % entsprechend 886 geheilt Entlassener des gesamt verpflegten Bestandes von 11 199 Kr. ult. 1911, d. i. ein um 2,05 günstigeres Heilprozent als im ersten der beiden Berichtsjahre. — 1911 sind insgesamt gestorben 997, und zwar 807 (462 M. 345 Fr.) der Geisteskranken und 190 (118 M. 72 Fr.) der Kolonisten und Geistessiechen = 8,73 bzw. 9,55 % der Verpflegungsbestände, entsprechend einer Gesamtmortalität von 8,9 % gegen eine solche von 8,77 % im Jahre 1910. Tuberkulose fand sich bei 2,24 %; im sonstigen war die zweijährige Berichtsperiode frei von epidemischen Erkrankungen. Die neu eingeführte familiäre Verpflegungsform hat günstigen Erfolg. Mit Schluß des Jahres 1911 waren in Familienpflege 237 Pfl. gegen 240 im Vorjahre. Zur Durchführung der kolonialen Behandlung stehen Kolonie und Meierhof der Kaiser Franz Joseph-Heilanstalt in Mauer-Öhling, die Kolonie Haschhoff in Gugging sowie die den Landesanstalten angegliederten landwirtschaftlichen Betriebe zur Verfügung. Die Berichte enthalten reiches statistisches Material.

In den niederösterreichischen Anstalten zur Pflege und Erziehung schwachsinniger Kinder in Gugging, Oberhollabrunn, Bruck a. d. Mur, Biedermannsdorf, Perchtoldsdorf und in der Idiotenabteilung zu Mödling waren 1911 untergebracht 710 (424 m. 286 w.) Kinder gegen 690 i. J. 1910. Vom Bestand 1911 litten an idiotischem Blödsinn 15,4 %, hochgradigem Schwachsinn 34,2 %, an Schwachsinn mittleren Grades 40,6 % und an Schwachsinn niederen Grades 9,8 %. In den Anstalten werden die an Schwachsinn Leidenden einer entsprechend rationellen und individuellen Behandlung zugeführt.

Niedernhart (131): Anfangsbestand 823 (395 M. 428 Fr.). Zugang 412 (196 M. 216 Fr.). Abgang 376 (204 M. 172 Fr.). Bleibt Bestand 859 (387 M. 472 Fr.). Vom Zugang litten an Imbezillität, Idiotie 25 (12 M. 13 Fr.), an Melancholie und Manie 26 (4 M. 22 Fr.), Amentia 10 (2 M. 8 Fr.), Paranoia 34 (14 M.



20 Fr.), Psychosis periodica 48 (11 M. 37 Fr.), Dementia 135 (63 M. 72 Fr.), progressiver Paralyse 50 (31 M. 19 Fr.), an Epilepsie mit Geistesstörung 23 (18 M. 5 Fr.), an Hysterie, Neurasthenie 19 (8 M. 11 Fr.), Geistesstörung mit Herderkrankung 3 (2 M. 1 Fr.), Alkoholismus 34 (27 M. 7 Fr.); nicht geisteskrank 5 (4 M. 1 Fr.). Heredität nachweisbar bei 63. Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten 29. Krankheitsdauer bis 1 Monat bei 76 (38 M. 38 Fr.), bis 2 Monate 35 (10 M. 25 Fr.), bis 3 Monate 31 (13 M. 18 Fr.), bis 6 Monate 48 (26 M. 22 Fr.), bis 1 Jahr 37 (15 M. 22 Fr.), bis 2 Jahre 33 (16 M. 17 Fr.), mehr als 2 Jahre 147 (74 M. 73 Fr.). Entlassen geheilt 60 (24 M. 36 Fr.), im sonstigen 169 (80 M. 89 Fr.); in andere Anstalten überführt 28 (17 M. 11 Fr.). Gestorben sind 119 (83 M. 36 Fr.), davon infolge Paralyse 38 (34 M. 4 Fr.), an Tuberkulose 26 (13 M. 13 Fr.), Karzinom 1 M., Selbstmord 1 M. Ein neuer Männertrakt ist erbaut, dennoch aber droht Überfüllung auch hier von neuem, wie sie auf der Frauenseite in hohem Grade herrscht.

Hall in Tirol (103): Der Bericht umfaßt die Jahre 1905—1911. Der Anfangsbestand 1905 war 419 (246 M. 173 Fr.). Der Gesamtzugang betrug 2265 (1310 M. 955 Fr.). Der Gesamtabgang 2102 (1178 M. 924 Fr.). 1911 verblieb ein Schlußbestand von 592 (378 M. 214 Fr.). Die Zahl der Aufnahmen ist stetig gestiegen, und zwar von 262 Kr. im Jahre 1905 auf 339 im Jahre 1911. Mehr aufgenommen als entlassen sind 173. Die Psychosen der Gesamtbestände verteilen sich wie folgt: Angeborener Blödsinn 24 (22 M. 2 Fr.), angeborener Schwachsinn 388 (295 M. 93 Fr.), Selbstanklagewahn 398 (91 M. 297 Fr.), Tollheit 169 (39 M. 130 Fr.), Verwirrtheit, allgemeiner Wahnsinn 169 (33 M. 136 Fr.), primäre Verrücktheit, partieller Wahnsinn 266 (130 M. 133 Fr.), periodische Geistesstörung 542 (295 M. 247 Fr.), erworbener Blödsinn 2740 (1719 M. 1021 Fr.), paralytische Geistesstörung 274 (209 M. 65 Fr.), epileptische Geistesstörung 325 (261 M. 64 Fr.), hysterische 65 (13 M. 52 Fr.), neurasthenische Geistesstörung 27 (13 M. 14 Fr.), Geistesstörung mit Herderkrankung 59 (38 M. 21 Fr.), mit Pellagra 4 M., Alkoholismus 533 (438 M. 95 Fr.), Morphinismus usw. 2 M.; Simulation 1 Fr.; zur Beobachtung 5 M. Geheilt und gebessert entlassen sind 1147 (541 M. 606 Fr.). Kriminelle Kranke insgesamt aufgenommen 97 (81 M. 16 Fr.), im letzten Berichtsjahre allein mehr als 10 % aller Kranken. Auffallend gering ist die Zahl der Paralytiker, 4,75 % zum Gesamtbestand, im letzten Berichtsjahre nur 3 %. Perzentsatz der epileptischen Psychosen 5,3 %, der Alkoholpsychosen 8,87 %, letztere im Verhältnis zu den Aufnahmen 1905 = 12,5 %, 1911 = 13,8 %, Verblödungsprozesse rund 45 % des Gesamtbestandes, Imbezille 6,37 %. Hauptsächlichste Erkrankungsursachen sind Alkohol und Erblichkeit, und zwar Durchschnittszahlen für Alkohol 23,7 %, für hereditäre Anlage 18 %. Heredität der Alkoholaufnahmen 1905 = 18,4 %, 1906 = 16,2 %, 1907 = 13,5 %, 1908 = 20 %, 1909 = 21,3 %, 1910 = 22 %, 1911 = 17 %. Delirium tremens-Aufnahmen in der Anstalt an sich selten, in den Krankenhäusern des Landes jedoch p. a. mehrere 100 zur Behandlung. Die ausführliche Alkoholstatistik des Oberarztes Dr. *Wassermann* bildet Beweis für erhöhte Notwendigkeit einer besonderen Alkoholkrankenfürsorge im Lande Tirol. — Gestorben sind insgesamt in den Berichtsjahren 395 (225 M.



170 Fr.), relativ die Mehrzahl bei einem Aufenthalt von 2—5 Jahren (18 %), die Hälfte der Alkoholkranken innerhalb des 1. Monats. An Tuberkulose starben 71 = 21,32 %, an Dysenterie 7 (2 M. 5 Fr.) = 2,01 %, an Typhus 5 Fr. = 1,5 %. Typhusepidemie 1902 mit 11 Erkrankungsfällen, Ursache Einschleppung. Dysenterie endemisch allg. leichteren Charakters in den Berichtsjahren hier und da aufgetreten. Todesfälle infolge Karzinoms 10. Selbstmord in der ganzen Berichtszeit nur 1 Fall. Die Neu- und Erweiterungsbauten nach der 1902 erfolgten behördlichen Genehmigung werden inzwischen durchgeführt (vgl. Sonderdruck Hall i. T. aus „Die Irrenpflege in Österreich in Wort und Bild". 1912. C. Marhold. Halle a. S.). — Die Gesamtausgaben betrugen i. J. 1902 211 017 Kr. — 1905: 332 605. — 1911: 517 835.

Brünn (87): Anfangsbestand 753 (408 M. 345 Fr.). Zugang 547 (334 M. 213 Fr.). Abgang 528 (326 M. 202 Fr.). Bleibt Bestand 772 (416 M. 356 Fr.). Vom Zugang litten an Idiotie, Imbezillität 32 (24 M. 8 Fr.), an Melancholia 20 (5 M. 15 Fr.), Mania 13 (4 M. 9 Fr.), Amentia 111 (54 M. 57 Fr.), Paranoia 3 (1 M. 2 Fr.), Psychosis periodica 3 M., Dementia 165 (77 M. 88 Fr.), Paralysis progressiva 75 (67 M. 8 Fr.), an epileptischer Geistesstörung 40 (26 M. 14 Fr.), an Hysterie 2 Fr., Neurasthenie 7 (2 M. 5 Fr.), Geistesstörung mit Herderkrankung 3 (1 M. 2 Fr.), Alkoholismus 68 (66 M. 2 Fr.); zur Beobachtung 5 (4 M. 1 Fr.). Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten 19 (18 M. 1 Fr.). Entlassen geheilt 53 (28 M. 25 Fr.), gebessert 148 (107 M. 41 Fr.), ungeheilt 35 (18 M. 17 Fr.); in andere Anstalten 95 (64 M. 31 Fr.), in Familienpflege gegeben 8 (4 M. 4 Fr.). Prozentualität der geheilt Entlassenen zum Gesamtbestand 4,08 %, zur Aufnahme 9,69 %, zum Abgang 10,04 %. Gestorben sind 144 (80 M. 64 Fr.), d. s. 11,08 % des Gesamtbestandes, 26,33 % der Aufnahmen, 27,27 % des Abgangs. Als Todesursache fanden sich Atrophia cerebri allein bei 40 (34 M. 6 Fr.), diese bei progressiver Paralyse und Tuberkulose bei 9 (7 M. 2 Fr.), Tuberkulose allein bei 34 (12 M. 22 Fr.). Die Unkosten, auf den Kopf eines Pfleglings berechnet, betrugen 1893: 138,14 Kr., 1912: 202,29 Kr. Die Anstalt feiert das Jubiläum ihres 50 jährigen Bestehens.

Kremsier (114): Anfangsbestand 1233 (698 M. 536 Fr.). Zugang 531 (312 M. 219 Fr.). Abgang 572 (335 M. 237 Fr.). Bleibt Bestand 1192 (675 M. 517 Fr.). Vom Zugang litten an Idiotie, Imbezillität 39 (30 M. 9 Fr.), Melancholie und Manie 24 (12 M. 12 Fr.), Amentia 78 (15 M. 63 Fr.), Paranoia 29 (21 M. 8 Fr.), Psychosis periodica 19 (1 M. 18 Fr.), Dementia 134 (79 M. 55 Fr.), an progressiver Paralyse 41 (31 M. 10 Fr.), Epilepsie mit Seelenstörung 40 (25 M. 15 Fr.), Hysterie, Neurasthenie 20 (6 M. 14 Fr.), Geistesstörung mit Herderkrankung 9 (6 M. 3 Fr.), Alkoholismus 88 (80 M. 8 Fr.). Zur Beobachtung 10 (6 M. 4 Fr.). Heredität nachweisbar bei 336 (218 M. 118 Fr.), Alkoholmißbrauch bei 123 (105 M. 18 Fr.). Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten 13 (11 M. 2 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis zu 14 Tage bei 130 (86 M. 44 Fr.), bis 1 Monat 36 (20 M. 16 Fr.), bis 2 Monate 34 (19 M. 15 Fr.), bis 3 Monate 31 (12 M. 19 Fr.), bis 6 Monate 38 (18 M. 20 Fr.), bis 1 Jahr 34 (15 M. 19 Fr.), bis 2 Jahre 27 (17 M. 10 Fr.), mehr als 2 Jahre 201 (125 M. 76 Fr.). Entlassen

ilt 130 (83 M. 47 Fr. = 7,36 % des Gesamtbestandes, in andere Anstalten ·geführt 13 (12 M. 1 Fr.). Gestorben sind 221 (118 M. 103 Fr.) = 12,52 % Gesamtbestandes. Tuberkulose war bei 67 (36 M. 31 Fr.), Karzinom bei 8 M. 4 Fr.), Typhus abdom. bei 1 Fr. Todesursache. Beschäftigt im Durchschnitt M. = 37 %, 186 Fr. = 34,5 %.

Burghölzli (89): Anfangsbestand 417 (202 M. 215 Fr.). Zugang 537 1 M. 226 Fr.). Abgang 552 (310 M. 242 Fr.). Bleibt Bestand 402 (203 M.) Fr.). Vom Zugang litten an angeborenen Psychosen 22 (18 M. 4 Fr.), kontutionellen Psychosen 24 (10 M. 14 Fr.), an manisch-depressiven Formen 22) M. 12 Fr.). Verblödungsformen 183 (76 M. 107 Fr.), an anderen erworbenen iopathischen Psychosen 7 (4 M. 3 Fr.), an organischen Störungen 61 (39 M. : Fr.), epileptischen Störungen 15 (10 M. 5 Fr.), an Intoxikationspsychosen 92 30 M. 12 Fr.); nicht geisteskrank 15 (14 M. 1 Fr.). Entlassen geheilt 33 (28 M. Fr.), gebessert 252 (132 M. 120 Fr.), ungebessert 199 (104 M. 95 Fr.), davon ı andere Anstalten usw. übergeführt 195. Gestorben sind 49 (28 M. 21 Fr.), davon n Hirnkrankheiten 17 (10 M. 7 Fr.), an Karzinom 2 (1 M. 1 Fr.). Anhäufung von /erbrechern, im sonstigen Überfüllung erträglich. Anwendung von Bettgurten bei 2 M. 3 Fr., Maillot für 1 Fr. 131 Stunden wegen Selbstbeschädigung. Vom Schlußbestand haben sich regelmäßig oder teilweise beschäftigt 148 M. = 73 %, 170 Fr. = 85 %. — In der psychiatrischen Poliklinik behandelt bzw. begutachtet 165 P. — Wirkliche Betriebsausgabe 475 624,53 Fr. Gesamtausgabe: 619 828,81 Fr.

Ellikon (96): Anfangsbestand 38 Pfl. Zugang 55. Abgang 60. Bleibt Bestand 33. Chronischer Alkoholismus vorliegend bei 22, mit Delirium tremens 6 mit Psychopathie 9, mit Debilität 4, mit Charakterschwäche 5, mit Verfolgungswahn 1, mit Epilepsie 2, mit Hirnverletzung und epileptischen Anfällen 1, mit beginnender Alkoholdemenz, Dipsomanie mit Gewalttaten, Dementia praecox je 1, einfache Trunksucht bei 2. Die eingegangene Verpflichtungszeit eingehalten haben 30. Davon mit 12 Monaten Kurzeit 10, mit 11 Monaten 1, mit 10 Monaten 1, mit 9 Monaten 11, mit 8 Monaten 4, mit 6 Monaten 3; hiervon abstinent geblieben 63,3 %, rückfällig 30 %, fraglich 6,7 %. Von den 1911 entlassenen 34 Pfl. sind noch abstinent 70,5 %, rückfällig 17,7 %, fraglich 5,9 %, gestorben 5,9 %. An den Jahresversammlungen in der Anstalt nehmen über 100 ehemalige Pfleglinge teil.

Waldau (162): Anfangsbestand 678 (328 M. 350 Fr.). Zugang 147 (70 M. 77 Fr.). Abgang 139 (68 M. 71 Fr.). Bleibt Bestand 686 (330 M. 356 Fr.) Vom Zugang litten an angeborenen Störungen 6 (4 M. 2 Fr.), an konstitutionellen Störungen 4 (1 M. 3 Fr.), an erworbenen einfachen Störungen 92 (35 M. 57 Fr.), an paralytischen, senil-organischen Störungen 28 (16 M. 12 Fr.), epileptischen Störungen 6 (3 M. 3 Fr.), Intoxikationspsychosen 11 M. Zur Beobachtung und gerichtl. Begutachtung eingewiesen 7 (4 M. 3 Fr.), davon verurteilt 2. Entlassen geheilt 19 (11 M. 8 Fr.), gebessert 57 (20 M. 37 Fr.), ungebessert 21 (13 M. 8 Fr.), einer anderen Anstalt zugeführt 12 (7 M. 5 Fr.). Gestorben sind 42 (24 M. 18 Fr.) = 5,09 % des Gesamtbestandes, davon infolge Tuberkulose 6 (5 M. 1 Fr.): Typhus 1, Karzinom 2 Todesfälle. Durchschnittskosten pro Kranken und Pflegetag 2,40,6 Fr. — Gesamtausgabe: 623 693,63 Fr.



Münsingen (162): Anfangsbestand 816 (393 M. 423 Fr.). Zugang 119 (68 M. 51 Fr.). Abgang 108 (60 M. 48 Fr.). Bleibt Bestand 827 (401 M. 426 Fr.), davon in Familienpflege 42 (17 M. 25 Fr.). Vom Zugang litten an angeborenen Störungen 5 M., an konstitutionellen 25 (11 M. 14 Fr.), an erworbenen einfachen Störungen 60 (32 M. 28 Fr.), an paralytischen, senil-organischen Störungen 15 (9 M. 6 Fr.), an epileptischen 2 M., alkoholischen Störungen 4 (3 M. 1 Fr.). Zur Beobachtung 15 (11 M. 4 Fr.), nicht geisteskrank 8 (6 M. 2 Fr.). Entlassen genesen 5 (4 M. 1 Fr.), gebessert 49 (24 M. 25 Fr.), ungebessert 19 (10 M. 9 Fr.). Zur Gesamtzahl der Verpflegten genesen oder wesentlich gebessert 5,8 %. Gestorben sind 24 (14 M. 10 Fr.) = 2,6 % des Gesamtbestandes. An tuberkulösen Affektionen starben 4 (3 M. 1 Fr.), infolge Paralyse 3 (1 M. 2 Fr.), Dementia senilis 7 (2 M. 5 Fr.), 1 Kropftod. Der Krankenbestand ist seit Eröffnung der Anstalt i. J. 1901 von 572 auf 827 gewachsen, die Aufnahmen sind von 499 auf 119 gesunken; die für 590 Kranke berechnete Anstalt ist überfüllt. Durchschnittskosten pro Tag und Kranken 1,898 Fr. Gesamtausgabe: 687 071,30 Fr.

Bellelay (162): Anfangsbestand 328 (133 M. 195 Fr.). Zugang 23 (9 M. 14 Fr.). Abgang 23 (8 M. 15 Fr.). Bleibt Bestand 328 (134 M. 194 Fr.). Vom Zugang litten an angeborenen Störungen 2 (1 M. 1 Fr.), an konstitutionellen 11 (5 M. 6 Fr.), an erworbenen einfachen Störungen 3 Fr., an senilen und paralytischen 2 Fr., an epileptischen 4 (1 M. 3 Fr.). Zur Begutachtung 2 M., nicht geisteskrank 1 M. Entlassen geheilt 3 Fr., gebessert 2 Fr., ungebessert 3 (2 M. 1 Fr.). Gestorben sind 13 (5 M. 8 Fr.) = 3,7 % der Verpflegten. 1 Tuberkuose- und 1 Krebsfall. Durchschnittskosten pro Kranken und Tag 2,13,1 Fr. Gesamtausgabe: 108 100,91 Fr.

Friedmatt (98): Anfangsbestand 279 (129 M. 150 Fr.). Zugang 235 (118 M. 117 Fr.). Abgang 223 (112 M. 111 Fr.). Bleibt Bestand 292 (136 M. 156 Fr.). Vom Zugang litten an angeborenen Psychosen 14 (10 M. 4 Fr.), an erworbenen und einfachen Formen 94 (23 M. 71 Fr.), an konstitutionellen 45 (23 M. (2 Fr.), an Epilepsie 4 M., an Paralyse 15 (14 M. 1 Fr.), an senilen Formen 19 28 M. 11 Fr.), an alkoholischen 38 (34 M. 4 Fr.). Nicht geisteskrank war 1 Fr. Entlassen geheilt 31 (17 M. 14 Fr.), gebessert 77 (27 M. 50 Fr.), ungebessert 80 (42 M. 38 Fr.). Gestorben sind 34 (26 M. 8 Fr.), davon an Tuberkulose 1 M. Erstellung eines Neubaus für die Männerseite dringendes Bedürfnis.

Sonnenhalde (152): Anfangsbestand 33. Zugang 118. Abgang 114. Summe der Pflegetage 13,060. Vom Abgang waren nicht gemütskrank 6; es litten an manisch-depressiven Formen 22, an Dementia praecox 48, an akuter Verwirrtheit 2, an genuiner Paranoia und Zwangsideen je 2, an organischen Formen 4, an Intoxikationspsychosen 4. Vollständig geheilt wurden 10, rekonvaleszent und in hohem Grade gebessert 18, gebessert 47, ungebessert 33. Gestorben sind 3. — Bleibt Bestand 37.

Rosegg (141): Anfangsbestand 318 (175 M. 143 Fr.). Zugang 43 (23 M. 20 Fr.). Abgang 41 (19 M. 22 Fr.). Bleibt Bestand 320 (179 M. 141 Fr.). Vom Zugang litten an angeborenen Störungen 6 (4 M. 2 Fr.), an konstuittionellen 3 Fr., an erworbenen einfachen Störungen 20 (11 M. 9 Fr.), an epileptischen 3 M.,



alytisch, senil-organischen Störungen 5 (2 M. 3 Fr.), an Alkoholismus 6 (3 M. **Fr.). Heredität** nachweisbar bei 23 (13 M. 10 Fr.) = 69,6 % der Aufnahmen. **r Beobachtung** aufgenommen 15 (11 M. 4 Fr.). Entlassen als geheilt 8 (3 M. **Fr.), gebessert** 12 (7 M. 5 Fr.), ungeheilt 4 (3 M. 1 Fr.). Gestorben sind 17 **M. 11 Fr.),** davon infolge Lungentuberkulose 2 Fr. Arbeitstätigkeit 55,8 % **s mittleren** Bestandes. Die Erweiterung der Anstalt steht in Aussicht. — Gesamt-**usgabe:** 339 438,05 Fr.

St. Pirminsberg (157): Anfangsbestand 255 (118 M. 137 Fr.). Zu-ang 170 (81 M. 89 Fr.). Abgang 128 (57 M. 71 Fr.). Bleibt Bestand 297 142 M. 155 Fr.). Vom Zugang sogenannte frische Aufnahmen 159 (72 M. 7 Fr.). Es litten vom Zugang an angeborenen Psychosen 5 (3 M. 2 Fr.), an konstitutionellen 5 (3 M. 2 Fr.), an erworbenen einfachen 122 (47 M. 75 Fr.), an epileptischen 6 (4 M. 2 Fr.), an organischen 16 (10 M. 6 Fr.), an Intoxikationspsychosen 15 (13 M. 2 Fr.). Nicht geisteskrank 1 M. Die Verhältniszahlen der „Kriminellen" sind unverändert hoch geblieben. Heredität bei 100 des Neuzugangs = 76 %. Vorherige Krankheitsdauer des frisch Aufgenommenen bis 1 Monat 62 (26 M. 36 Fr.), 1—3 Monat bei 28 (12 M. 16 Fr.), 3—6 Monat bei 13 (5 M. 8 Fr.), 6—12 Monat bei 14 (7 M. 7 Fr.), 1—2 Jahre 11 (7 M. 4 Fr.), 2—5 Jahre 15 (8 M. 7 Fr.), über 5 Jahre 15 (6 M. 9 Fr.). Entlassen genesen 41 (18 M. 23 Fr.), gebessert 42 (22 M. 20 Fr.), ungebessert 23 (7 M. 16 Fr.), davon in andere Anstalten 13 (4 M. 9 Fr.). Gestorben sind 22 (10 M. 12 Fr.). Der größte Teil der als genesen Entlassenen hatte an erworbenen einfachen Psychosen gelitten. Bei der Mehrzahl der Genesenen betrug die Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis zu einem Monat. An Lungentuberkulose sind 1 P., durch Suicidium 2 gestorben.

Wil (169): Anfangsbestand 831 (415 M. 416 Fr.). Zugang 381 (193 M. 188 Fr.). Abgang 366 (187 M. 179 Fr). Bleibt Bestand 846 (421 M. 425 Fr.). Von 348 (160 M. 188 Fr.) Geisteskranken der Aufnahme litten an angeborenen Störungen (Idiotie usw.) 22 (13 M. 9 Fr.), an konstitutionellen Störungen 16 (8 M. 8 Fr.), einfachen erworbenen Störungen 154 (59 M. 95 Fr.), erworbenen Störungen der paralytischen, senilen und organischen Gruppe 67 (30 M. 37 Fr.), Störungen auf Grundlage der Epilepsie 13 (8 M. 5 Fr.), Intoxikationspsychosen 46 (42 M. 4 Fr.). Körperlich Kranke und Altersschwache 62 (32 M. 30 Fr.). Zur Beobachtung und nicht geisteskrank 1 M. Heredität bei 126 (66 M. 60 Fr.) erwiesen, zweifelhaft bei 21 (6 M. 15 Fr.). Alkoholmißbrauch bei 55 (50 M. 5 Fr.). Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten 34 (33 M. 1 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 1 Monat bei 50 (32 M. 18 Fr.), 1—6 Monate bei 35 (17 M. 18 Fr.), 6—12 Monate 18 (9 M. 9 Fr.), 1—3 Jahre bei 75 (26 M. 49 Fr.), die übrigen mit 3- bis zu 20- und mehrjähriger Dauer. Entlassen geheilt sind 45 (31 M. 14 Fr.), gebessert 140 (70 M. 70 Fr.), ungebessert 65 (34 M. 31 Fr.), davon in andere Anstalten übergeführt 23 (10 M. 13 Fr.). Gestorben sind 115 (51 M. 64 Fr.) = 9,4 % der Verpflegten. 31 Todesfälle kommen auf die Altersschwachen = 14 % dieser Gruppe. Von den Geisteskranken starben 84 (37 M. 47 Fr.) = 8,5 % des Bestandes Geisteskranker, paralytische, senile und org. Psychosen waren mit 48 %



beteiligt. Infolge Tuberkulose starben insgesamt 8, an Karzinom 11. Ein Krankentag kommt auf 1,84,3 Fr., ein Verpflegungstag auf 1,59,3 Fr. zu stehen. — Gesamtausgabe: 568 675,47 Fr.

Münsterlingen (127): Anfangsbestand 402 (174 M. 228 Fr.). Zugang 177 (85 M. 92 Fr.). Abgang 175 (98 M. 77 Fr.). Bleibt Bestand 404 (161 M. 243 Fr.) Vom Zugang litten an angeborenen Psychosen 12 (4 M. 8 Fr.), an Psychopathie und Hysterie 8 (4 M. 4 Fr.), an manisch-depressivem Irresein 24 (7 M. 17 Fr.), Formen der Dementia praecox 91 (38 M. 53 Fr.), organischen Psychosen 13 (8 M. 5 Fr.), an epileptischen Psychosen 9 (7 M. 2 Fr.), an Intoxikationspsychosen 20 (17 M. 3 Fr.), darunter chron. Alkoholismus 6 M., Delirium tremens 7 M.; nicht geisteskrank 1 M. Entlassen geheilt 13 (8 M. 5 Fr.), gebessert 70 (31 M. 39 Fr.), ungebessert 66 (47 M. 19 Fr.). Krankheitsdauer der geheilt Entlassenen bis 3 Monate bei 11, bis 6 Monate 1, 2 Jahre 1. Gestorben 25 (11 M. 14 Fr.) = 4 % aller Verpflegten, 5 Fr. davon an Tuberkulose. Mehrfache Anwendung des Deckelbades. Das neu erbaute Pensionärhaus (Grundriß des Parterre im Bericht) ist in Betrieb genommen. — Gesamtausgabe 339 996,95 Fr.; Unterhaltungskosten pro Pflegling und Tag 2,32,5 Fr.

Königsfelden (113): Anfangsbestand 828 (364 M. 464 Fr.). Zugang 264 (147 M. 117 Fr.). Abgang 288 (148 M. 140 Fr.). Bleibt Bestand 804 (363 M. 441 Fr.). Vom Zugang litten an Idiotie, Kretinismus 18 (8 M. 10 Fr.), an angeboren konstitutionellen und originären Formen 10 (8 M. 2 Fr.), an einfachen erworbenen Störungen 144 (61 M. 83 Fr.), an paralytischen, senilen Störungen 34 (16 M. 18 Fr.), an epileptischen Formen 9 (6 M. 3 Fr.), Intoxikationspsychosen 48 (45 M. 3 Fr.); nicht geisteskrank 1 M. Die Krankheitsdauer vor der Aufnahme betrug bei 92 Kr. 1—3 Monate, bei 22 Kr. 4—6 Monate, bei 18 Kr. 7—12 Monate, bei 41 Kr. 1—3 Jahre, bei 17 Kr. 3—5 Jahre, bei 69 Kr. über 5 Jahre. Alkoholmißbrauch als ursächliches Moment bei 35 % der Aufgenommenen. Heredität der Aufgenommenen an sich bei 60 %. Entlassen als geheilt 32; gebessert 145, unverändert 57. Gestorben sind 54 = 19 % der Entlassenen; 2 letale Typhusfälle bei 4 Erkrankungen. — Gesamtausgabe: 510 285,02 Fr.

Waldhaus (163): Anfangsbestand 304 (162 M. 142 Fr.). Zugang 65 (33 M. 32 Fr.). Abgang 66 (36 M. 30 Fr.). Bleibt Bestand 303 (159 M. 144 Fr.). Von den frischen Aufnahmen litten an angeborenen Störungen, Idiotie 5 (3 M. 2 Fr.), an erworbenen einfachen Psychosen 25 (10 M. 15 Fr.), an paralytischen, senilen und organischen Formen 5 (3 M. 2 Fr.), Störungen mit Epilepsie 2 (1 M. 1 Fr.), Intoxikationspsychosen 7 M.; nicht geisteskrank 1 M. Entlassen als genesen 15 (10 M. 5 Fr.), gebessert 17 (10 M. 7 Fr.), ungebessert 14 (7 M. 7 Fr.), davon in andere Anstalten verlegt 4 (1 M. 3 Fr.). Gestorben sind 20 (9 M. 11 Fr.), davon an Tuberkulose 3 (1 M. 2 Fr.), an Karzinom 3 (1 M. 2 Fr.). Das Verhältnis der Genesenen beträgt zum Abgang 21,2 %, zu der Summe der Verpflegten 3,7 %, die Mortalität zum Abgang 30,3 %, zum Gesamtbestand 5,4 %. Gerichtsärztlich begutachtet sind 7 Fälle. Relativ hohe Zahl alkoholischer Formen bei den Aufnahmen der M. (10 von 33 Aufnahmen). — Gesamtausgaben exkl. Bauzins: 240 391,62 Fr.



)er **Hilfsverein** für arme Irre des Kantons **Luzern** (124) leistete im Jahre 1912 ;tützungen im Betrage von 16 359,45 Fr. an und für 223 Personen. Vermögen :innahmen beliefen sich auf 53 929,68 Fr..

Stackeln, Riga (153): Zurzeit werden in der Anstalt, die 1907 eröffnet ist, . 111 Fr., und in der Kolonie 16 M. 4 Fr. behandelt. Vorübergehend in der isoliert waren in den Betriebsjahren 1907—1912 1 M. und 2 Fr. bei einem ntbestande von 792 (417 M. 375 Fr.). Der Behandlung der Bewegungsarmut m Thilo wird besondere Aufmerksamkeit geschenkt, auch wurden gute Er- erzielt, ebenso wird die Arbeitstherapie in weitestem Umfange gepflegt. 1911 eten bei einem Tagesdurchschnittsbestande von 112—133 M. und 99—115 Fr. h durchschnittlich 57—70 % der Männer und 62,6—70,3 % der Frauen. :oloniale Verpflegung begann 1911, im Durchschnitt wurden täglich 16 M. 4 Frauen mit Feld- und Hofarbeiten beschäftigt.

In Préfargier (136) sind aufgenommen 93 (37 M. 56 Fr.), entlassen 105 M. 55 Fr.), davon als geheilt 11 M. 15 Fr., gebessert 13 M. 11 Fr., ungeheilt [. 24 Fr., gestorben 10 M. 5 Fr. Bestand am 31. Dez. 1912: 140 (50 M. 'r.). *Ganter.*

Cery (90): Bestand am 1. Jan. 1912: 513 (248 M. 265 Fr.), aufgenommen (227 M. 161 Fr.), entlassen 359 (203 M. 156 Fr.), und zwar als geheilt 74 M. 27 Fr.), gebessert 111 (64 M. 47 Fr.), ungeheilt 109 (59 M. 50 Fr.), ge- ben 64 (33 M. 31 Fr.). Gesamtzahl der Verpflegten 901 (475 M. 426 Fr. tand am 31. Dez. 1912: 542 (272 M. 270 Fr.). *Ganter.*

In Limoux (120) war der Bestand am 1. Jan. 1912: 987 (470 M. 517 Fr.), ;enommen 170 (88 M. 82 Fr.), entlassen 80 (44 M. 36 Fr.), und zwar geheilt 43 M. 19 Fr.), geb. 34 (18 M. 16 Fr.), aus andern Gründen 3 (2 M. 1 Fr.). Es ben 61 (31 M. 30 Fr.). Gesamtzahl der Verpflegten 1157 (558 M. 599 Fr.). ;tand am 31. Dez. 1912: 1016. *Ganter.*

Scotland (150): Zahl der Geisteskranken am 1. Jan. 1913:

Ort der Anstalt:	M.	F.	S.	M.	F.	S.	M.	F.	S.
				Privatkranke			Arme Kranke		
königl. Anstalten ..	1743	1978	3721	868	1063	1931	875	915	1790
Distriktsanstalten .	5447	5212	10659	120	192	312	5327	5020	10347
Privatanstalten....	34	48	82	34	48	82	—	—	—
Gemeindeanstalten	131	97	228	—	—	—	131	97	228
Armenhäusern	425	416	841	—	—	—	425	416	841
Privatwohnungen .	1315	1706	3021	33	79	112	1282	1627	2909
Summe:	9095	9457	18552	1055	1382	2437	8040	8075	16115
der Verbr.-Irrenan-stalt zu Perth ...	50	6	56	—	—	—	—	—	—
den Anstalten für Schwachsinnige ...	359	221	580	82	68	150	277	153	430
Summe:	9504	9684	19188	1137	1450	2587	8317	8228	16545

Im Jahre 1912 wurden aufgenommen 3469 (1719 M. 1750 Fr.), davon waren



Privatkranke 552 (236 M. 316 Fr.), arme Kranke 2917 (1483 M. 1434 Fr.). Die Aufnahmen waren um 92 Fälle weniger als im Vorjahre, 73,2 auf 100 000 Einwohner. 416 Kranke wurden in andere Anstalten versetzt. 115 Kranke traten freiwillig ein. Entlassen wurden 3340 (562 Privatkranke und 2778 arme Kranke), und zwar geheilt 1288 (198 Pr. 1090 a. Kr.), ungeheilt 529 (136 Pr. 393 a. Kr.), gestorben 1523 (228 Pr. 1295 a. Kr.).

	Verhältnis der Geheilten zu den Aufnahmen in %			Verhältnis der Todesfälle zur Zahl d. Verpflegten in %		
	M.	F.	S.	M.	F.	S.
in den kgl. u. Distriktsanstalten	31,4	35,8	33,6	10,2	10,0	10,1
„ den Privatanstalten	—	—	—	14,7	8,1	10,8
„ den Gemeindeanstalten ...	26,5	43,5	31,9	11,5	7,4	9,7
„ den Armenhäusern	16,7	15,2	15,9	6,5	5,7	6,1

148 Kranke wurden beurlaubt, davon konnten 51 zu Hause bleiben, 25 kehrten zurück, 2 starben.

143 Kranke entwichen. Von den 22 nicht zurückgebrachten Kranken konnten 5 als geheilt, 9 als gebessert und 8 als ungeheilt betrachtet werden. Es ereigneten sich 154 Unfälle. Davon endeten 16 tödlich, worunter 12 Selbstmordfälle. Der Selbstmord erfolgte 5 mal durch Ertränken, 2 mal durch Halsabschneiden, 1 mal durch Erhängen, 1 mal durch Strangulieren, 1 mal durch Verbrennen, 1 mal durch Schädelbruch, 1 mal durch Erstickung. 3 der Selbstmorde geschahen während des Urlaubs. Was die andern 4 tödlichen Unfälle betrifft, so fiel ein Kranker in einen mit kochender Suppe gefüllten Kochkessel, ein anderer trank eine beim Reinigen verwandte Flasche Lysol aus, eine 72 jährige Kranke starb infolge eines Oberschenkelbruchs, ein auf Urlaub befindlicher Kranker stürzte von einem Felsen und brach sich die Wirbelsäule. Unter den Unfällen befanden sich weiter 60 Frakturen und Luxationen und 40 Kopfverletzungen.

Die Verpflegung der armen Kranken kostete 427 495 £., durchschnittlich für den einzelnen Kranken im Tag 1 s. 5¼ d.

Der Abgang des Pflegepersonals betrug 1312, wovon 1066 freiwillig gingen. 47 gaben den Dienst wegen Krankheit auf, 9 starben, 43 blieben weg, 29 wurden wegen Unfähigkeit, 113 wegen schlechter Aufführung entlassen, 5 waren entbehrlich.

Ganter.

In der Pennsylvania training school (135) war die Zahl der schwachsinnigen Kinder im Beginn des 1. Berichtsjahres 1071 (609 Knaben, 462 Mädchen). Aufgenommen wurden 62 (34 K. 28 M.), entlassen 38 (31 K. 7 M.), es starben 14 (8 K. 6 M.). Am Schluß des Jahres: 1081 (604 K. 477 M.). Von den Entlassenen waren gebessert 36 (26 K. 10 M.), etwas gebessert 8 (7 K. 1 M.), ungeheilt 8 (6 K. 2 M.).

1912/13: Zahl der schwachsinnigen Kinder im Beginn des Berichtsjahres 1081 (604 K. 477 M.). Aufgenommen wurden 89 (27 K. 62 M.), entlassen 62 (32 K. 30 M.), es starben 36 (23 K. 13 M.). Am Schluß des Jahres: 1072 (576 K. 496 M.).



n den Entlassenen waren gebessert 41 (26 M. 15 M.), etwas gebessert 14 (4 K. M.), ungeheilt 43 (25 K. 18 M.). *Ganter.*

Nach dem 3. Bericht der Irrenanstalt des Staates Michigan (126) wurden den zwei Berichtsjahren 457 Kranke behandelt. Im 1. Berichtsjahr wurden aufgemmen 192 (96 M. 96 Fr.), entlassen 187 (94 M. 93 Fr.), und zwar geheilt 23, bessert 51, ungeheilt 98, nicht geisteskrank 8, gestorben 7. Im 2. Berichtsjahr bschließend am 30. Juni 1912) wurden aufgenommen 219 (118 M. 101 Fr.), entssen 104 (187 M. 117 Fr.), und zwar geheilt 26, gebessert 59, ungeheilt 111, nicht eisteskrank 12, gestorben 13. Bestand am 30. Juni 1912: 47 (25 M. 22 Fr.). *Ganter.*

Das McLean Hospital in Waverley, Mass. (164) ist eine Privatanstalt, röffnet 1818, Pavillonsystem, eingerichtet für 220 Geisteskranke. *Ganter.*

In der chilenischen Irrenanstalt Casa de Orates zu Santiago (146) war er Bestand am 31. Dez. 1910: 1739 (795 M. 944 Fr.). Aufgenommen 911 (490 M. 21 Fr.). Gesamtsumme der Verpflegten 2650. Entlassen 887 (465 M. 422 Fr.), und zwar geheilt 262 (129 M. 133 Fr.), gebessert 95 (49 M. 46 Fr.), ungeheilt 259 147 M. 112 Fr.), gestorben 241 (115 M. 126 Fr.), entwichen 21 (17 M. 4 Fr.), nicht geisteskrank 7 (6 M. 1 Fr.). Bestand am 31. Dez. 1911: 1763 (820 M. 943 Fr.).

Die Heilungen betrugen 39 %, nach Abzug des Delirium alcoh. 26 % der Aufnahmen. Bei 43,28 % der aufgenommenen Männer und 3,94 % der aufgenommenen Frauen war der Alkohol die Ursache der Geisteskrankheit. Der Durchschnittsaufenthalt der Geheilten betrug 131 Tage. Der Prozentsatz der Todesfälle zu der Gesamtzahl der Verpflegten war 9,09 %. *Ganter.*




Alphabetisches Inhaltsverzeichnis des Literaturberichtes.

(Die Zahlen mit einem Sternchen (*) bedeuten die Seiten des Literaturberichtes, die Zahlen ohne Stern die Nummern der angeführten Veröffentlichungen.)

---

1. Sachregister.

















2. Autorenregister.


















UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 06220 5524


Digitized by Google

